Département des Sciences de la Santé Publique - ULg
LUCAS & Centrum voor Usability Onderzoek, K.U.Leuven

Mission de recherche-action BelRAI II : faisabilité de la démarche RAI en Belgique

Prof. Dr. GOSSET Christiane
LONDOT Aurélie
COLLARD Joëlle
SCHUMACHER Ingrid
PIETTE Nicolas
DE MUL Nathalie
JOIRIS Thierry
GILLAIN Nicolas
Dr. FILEE Dominique
Prof. Dr. DECLERCQ Anja
MELLO Johanna
DETROYER Elke
Prof. Dr. MOONS Philip
Prof. Dr. MILISEN Koen
Prof. Dr. VAN AUDENHOVE Chantal
VANNESTE Dirk
PAEPEN Bert
BERDEN Jurgen

CONTRAT DU 09/04/07 CONCLU ENTRE LE SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, «LES CLINIQUES DE L'IPAL» - LIEGE ET «HET SINT-VINCENTIUSZIEKENHUIS TE ANTWERPEN»

Liège
Juillet 2008

SOMMAIRE

Introduction 3

Chapitre 1 : versions belges d'InterRAI Suite HC et d'InterRAI Suite LTCF, les applications web BelRAI et les GAD 3

1 Introduction 3
2 Versions belges des instruments 3
2.1 Versions belges francophone et néerlandophone 3
2.2 Version germanophone belge 3
2.3 Comparaison des versions francophone, néerlandophone et germanophone belges 3
3 Application web BelRAI 3
3.1 Architecture adaptée de l'application 3
3.2 Adaptations pour rendre le système plus convivial 3
3.3 Evaluation de l'utilisabilité 3
3.4 Site Wiki 3
3.5 Instruments d'évaluation, GAD et échelles 3
3.6 CMS – Content Management System 3
3.7 Formulaire d'autorisation BelRAI (Consentement éclairé) 3
4 GAD et échelles interRAI 3
4.1 Objectif 3
4.2 Opérationnalisation des GAD 3
4.2.1 GAD douleur, ulcère de pression et incontinence urinaire 3
4.2.2 GAD delirium, restriction physique et chutes 3
4.3 Recommandations 3
4.4 Échelles interRAI 3
5 Conclusion 3

Chapitre 2 : formation 3

1 Introduction 3
2 Cadre théorique et objectifs de la formation 3
3 Modules de formation 3
4 Support pour la formation : le coffret 3
5 Conclusion 3

Chapitre 3 : aspects de sécurisation et de respect de la vie privée 3

1 Introduction 3
2 Mesures de protection de la vie privée sur l'application web Belrai.org 3
2.1 Restriction d'accès dans la pratique 3
2.2 Encryptage des données 3
2.3 Admission par le client 3
2.4 Droit d'accès et de rectification 3
3 Protection actuelle dans BelRAI 3
3.1 Politique de protection de la vie privée et consentement éclairé 3
3.2 Accès aux clients 3

3.2.1 Gestionnaire de client ... 3
3.2.2 Gestionnaire de groupe ... 3
3.2.3 Responsable de questionnaire ... 3
3.2.4 En résumé ... 3
Exemple de scénario ... 3
3.3 Filtres de sécurité ... 3
3.3.1 Accès aux fonctions du système ... 3
3.3.2 Accès aux types de questions ... 3
3.3.3 Accès aux rôles ... 3
Exemple de scénario ... 3
3.4 Encryptage ... 3
3.5 Droit d'accès et de rectification ... 3
4 Intégration dans la plateforme e-health ... 3
4.1 Login sécurisé (authenticité) ... 3
4.2 Vérification/qualification de l'utilisateur ... 3
4.2.1 Rôles dans BelRAI ... 3
4.2.2 Informations relatives aux soignants ... 3
4.3 Gestion de groupes ... 3
4.3.1 Organisations au sein de BelRAI ... 3
4.3.2 Informations relatives aux groupes ... 3
4.4 Délégation ... 3
4.5 Messaging ... 3
5 Mesures de protection supplémentaires dans BelRAI ... 3
5.1 Restriction d'accès ... 3
5.2 Encryptage des données ... 3
5.3 Conseiller en sécurité ... 3
5.4 Enregistrement ... 3
6 Conclusion ... 3

Chapitre 4 : suivi des structures et résultats des intervisions SISD ... 3

1 Introduction ... 3
2 Suivi des structures ... 3
2.1 Disponibilité permanente (Helpdesk) ... 3
2.2 Suivi des structures ... 3
2.3 Grilles de suivi ... 3
3 Intervisions en région néerlandophone ... 3
3.1 Résultats des intervisions ... 3
3.1.1 Formation ... 3
3.1.2 Support ... 3
3.1.3 Application Web ... 3
3.1.4 Sélection des clients ... 3
3.1.5 Compléter l'instrument RAI ... 3
3.1.6 Version belge de l'instrument RAI ... 3
3.1.7 Infrastructure ... 3
3.1.8 Implication des médecins ... 3
3.1.9 GAD ... 3
3.1.10 Pour qui oui et pour qui non : l'intrument RAI dans les soins à domicile ... 3
4 Résultats des intervisions en région francophone ... 3
4.1 Intervisions inter-institutions ... 3

4.2 Intervision inter-SISD 3
4.2.1 Définition du rôle de chaque professionnel et formation à la démarche RAI 3
4.2.2 Outils utilisés par les SISD dans le cadre de la formation 3
4.2.3 Réflexion sur le type de client qui peut bénéficier au mieux de la démarche RAI 3
4.2.4 Réflexion sur la participation des médecins généralistes 3
4.3 Intervisions sur site 3
4.3.1 Organisation de la démarche 3
4.3.2 Professionnels entre lesquels sont répartis les items de l'instrument d'évaluation 3
4.3.3 Niveau de pluridisciplinarité et mode de fonctionnement 3
4.3.4 Critères pour la sélection des clients 3
4.4 Infrastructure informatique 3
4.5 Application Web et outils 3
4.6 Formations 3
5 Conclusion 3

Chapitre 5 : MRS : résultats des intervisions 3

1 Introduction 3
2 Résultat des intervisions dans les MRS néerlandophones 3
2.1 Formation 3
2.2 Assistance 3
2.3 Application web 3
2.4 Sélection des clients 3
2.5 Consentement éclairé 3
2.6 Compléter l'outil RAI 3
2.7 Version belge de l'outil RAI 3
2.8 Infrastructure 3
2.9 Implication des médecins 3
2.10 GAD 3
3 Résultats des intervisions dans les MRS francophones 3
3.1 Intervisions inter-MRS 3
3.1.1 Définition du rôle de chaque professionnel et formation à la démarche RAI 3
3.1.2 Réflexion sur le type de résidant qui peut bénéficier au mieux de la démarche RAI. 3
3.1.3 Réflexion sur la participation des médecins généralistes 3
3.2 Résultats des intervisions MRS sur site 3
3.2.1 Organisation de la démarche 3
3.2.2 Critères pour la sélection des clients 3
3.2.3 Infrastructure informatique 3
3.2.4 Application Web et outils 3
3.2.5 Formation 3
3.3 Réactions des médecins coordinateurs et médecins traitants par rapport 3
au RAI 3
4 Conclusion 3

Chapitre 6 : compte-rendu du symposium et du workshop 3

1 Introduction 3
2 Symposium 3

3 Workshop 3
4 Rapport du voyage d'étude à Toronto et au Michigan du 29 octobre au 2 novembre 2007 3
4.1 CIHI, Toronto (www.cihi.ca www.icis.ca) 3
4.2 Ontario : Fonctionnaires/Ministère, Toronto 3
4.3 Area Agency on Aging 1B, Michigan 3
4.4 Equipe Brant Fries, University of Michigan, Ann Arbor 3
4.5 CIM – Centre for Information Management, Ann Arbor 3
4.6 Fonctionnaires de l'Autorité de l'Etat du Michigan, Lansing 3
4.7 Glacier Hills Nursing Facility, Ann Arbor 3
5 Conclusion 3

Chapitre 7 : conclusions générales 3

Introduction

La recherche-action BelRAI 2007 s'inscrit dans la continuité de celle menée en 2006. Son objectif général est double : il s'agit d'une part de poursuivre l'accompagnement à l'utilisation de l'instrument d'évaluation InterRAI (RAI/Instrument d'évaluation) dans tous les secteurs de soins déjà visés, et, d'autre part, de poursuivre l'étude de la faisabilité de la démarche RAI[1].

Les actions mises en place pour la réalisation de cet objectif ont été dictées tant par la convention liant l'équipe de recherche-action au Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement que par les recommandations formulées par les organisations et des membres du comité d'accompagnement. Ces recommandations figurent dans le rapport final du projet de recherche-action BelRAI 2006. Les opinions exprimées par les acteurs de terrain sont dès lors intégrées dans le processus.

Au vu de ces recommandations, les actions se sont concentrées autour de différents axes.

1. Un premier point très important était d'améliorer l'application web et de travailler son ergonomie. La priorité a été accordée à ce point (voir chapitre 1).
2. En second lieu, veiller avec une attention particulière à promouvoir la démarche dans son ensemble, y compris rendre disponibles les résultats et les utiliser (GAD[2] et échelles), et pas simplement à utiliser l'instrument d'évaluation InterRAI (voir chapitre 1).
3. Ce dernier a été adapté au contexte belge, en tenant compte des remarques et demandes des utilisateurs (voir chapitre 1).
4. Durant cette année de travail, il a été consacré beaucoup plus de temps qu'initialement prévu à la sécurité de l'application web (voir chapitre 3). L'application a été fermée temporairement, suite aux remarques d'organisations de soins francophones. Pour rencontrer ces remarques, des règles de sécurité supplémentaires ont été prises et une intégration dans (B)e-health a été débattue.

[1] RAI : Resident Assessment Instrument
[2] GAD : Guide d'Analyse par Domaine d'intervention

5. Enfin, la standardisation des formations/sensibilisations a été travaillée. Pour cela, un coffret pédagogique a été conçu (voir chapitre 2), dans lequel on trouve une vidéo non finalisée étant donné le déplacement des priorités vers la sécurité de l'application web (voir point 4).

Le projet a été confronté à un certain nombre de circonstances imprévues :

1. La disponibilité tardive des GAD : InterRAI avait prévu qu'ils seraient disponibles en juin 2007 en anglais. Dans la pratique, ils ne l'ont été que plus tard, fin de l'année 2007 ; de surcroît, des textes étaient manquants et il y avait des erreurs d'algorithmes. La version définitive n'a été rendue disponible qu'en décembre 2007. Par conséquent, l'intégration des nouveaux GAD et des directives annexes dans le projet a pris du retard.
2. Les discussions à propos de la sécurité et de la vie privée ont occupé une place importante dans le projet. L'attention accordée à la motivation des médecins généralistes et à la conception du coffret pédagogique a été placée au second plan. Ces aspects n'ont toutefois pas été perdus de vue, mais seront pris en considération dans un projet ultérieur.

La nouvelle application web a été testée pendant une très courte période dans un certain nombre de SISD[3] (7 en région néerlandophone, 6 en région francophone) et dans 10 MRS[4] dans les deux parties du pays. Ces tests ont été incomplets et de courte durée.

Les tests dans les SISD, malheureusement, n'ont été que partiels, car leur contrat avec la DG II a pris fin presque en même temps que l'ouverture de la nouvelle application web. La plupart des SISD [5] ont néanmoins consulté et essayé l'application et se sont montrés disposés à en parler pendant les intervisions.

Le test dans les MRS ont été abrégés très tôt vu les problèmes de respect de la vie privée et de sécurité des données. Les MRS avaient déjà fait connaissance de façon détaillée avec l'application web, mais le nombre de dossiers réellement remplis variait beaucoup et le travail

[3] SISD : service intégré de soins à domicile
[4] MRS : maison de repos et de soins
[5] Cinq sur sept en région néerlandophone et deux sur cinq en région francophone.

encore effectif à réaliser avec les GAD était encore trop limité. Ils se sont montrés prêts à en parler lors d'intervisions.

Dans les chapitres suivants, vous trouverez un aperçu des adaptations et nouveautés de l'application web et des instruments (chapitre 1), du développement de la formation et du coffret pédagogique (chapitre 2), des lois qui ont été prises en considération pour améliorer la sécurité (chapitre 3), des résultats des intervisions dans les SISD (chapitre 4) et les MRS (chapitre 5) ainsi que du symposium et du workshop (chapitre 6).

Chapitre 1 : versions belges d'InterRAI Suite HC[6] et d'InterRAI Suite LTCF[7], les applications web BelRAI et les GAD

1 Introduction

L'utilisation d'un outil commun est importante pour la concertation interdisciplinaire entre les équipes soignantes. De cette façon, on évite les malentendus et l'incompréhension. Pour cela, il était nécessaire d'adapter les instruments au contexte belge. La première partie du chapitre explique en quoi consistaient ces adaptations.

Prenant en considération les constats et les remarques du personnel soignant impliqué dans le projet BelRAI (et INTERFACE) ainsi que lors de tests d'utilisateurs antérieurs, des modifications substantielles ont été apportées à l'ébauche de l'application web BelRAI. Dans la deuxième partie de ce chapitre, nous décrivons les adaptations majeures et modifications apportées à l'application web et au système BelRAI.

Une troisième partie de ce projet est consacrée à la traduction du manuel GAD InterRAI et l'adaptation de plusieurs GAD au contexte belge. Il s'est clairement avéré que c'était très important au regard des intervisions réalisées dans le cadre du projet BELRAI 2006-2007. Les directives de « l'ancien » manuel GAD étaient trop générales et pas toujours adaptées au contexte belge. Ce thème est approfondi dans la troisième partie de ce chapitre.

2 Versions belges des instruments

2.1 Versions belges francophone et néerlandophone

Dans notre pays, le langage commun doit non seulement être assuré au sein de chaque communauté linguistique mais également entre ces trois communautés.
Les versions francophones, néerlandophones et germanophones belges devaient évidemment prendre comme référence de base et de fond la version de l'instrument d'évaluation InterRAI

[6] HC : home care
[7] LTCF : long terme care facilities

en anglais, même si des traductions en français, en néerlandais et en allemand étaient déjà proposées par des experts InterRAI de France, des Pays-Bas et d'Allemagne.
Le travail d'adaptation de l'outil RAI au contexte belge a (également) mérité toute l'attention de l'équipe de recherche et des équipes de terrain des SISD et des MRS participant activement au projet.

Au départ, l'équipe de recherche est partie des versions françaises et hollandaises du RAI. Pour étudier l'outil et l'adapter au contexte belge, les remarques issues des soignants du domicile et des MRS ont été prises en compte. De nombreux changements ont été opérés dans la version française de France et dans la version néerlandophone provenant des Pays-Bas. Ces changements ont consisté à corriger les erreurs de traduction par rapport à la version en anglais, corriger les erreurs d'orthographe et proposer, autant que possible, un vocabulaire le plus précis et le plus clair possible pour éviter les ambiguïtés.
Des particularités du contexte belge ont ensuite été effectuées, essentiellement dans les sections « identification du client[8] », « admission » et « sortie et réadmission ».
En annexe 1 se trouve une liste des adaptations.

2.2 Version germanophone belge

Les versions allemandes venant d'Allemagne, d'Autriche ou de Suisse n'ont pas pu être utilisées. Elles se sont avérées incomplètes ou modifiées (Suisse) ou se réfèrent à une ancienne version de l'outil (Allemagne, Autriche). Il faut remarquer que le vocabulaire allemand usité en Belgique n'est pas identique à celui des autres pays germanophones.
La traduction est partie des versions allemandes : RAI LCTF, édité en 2000 (RAI institution) et RAI HC, édité en 2001 (RAI domicile).

Dès 2006, des contacts ont été pris avec les représentants d'InterRAI de langue allemande lors du symposium de Paris. De plus amples contacts ont été noués avec le Professeur Vjenka Garms-Homolovà de Berlin et se poursuivent. Cette collaboration avec l'Allemagne est importante. En effet, les germanophones belges peuvent utilement bénéficier des manuels allemands. Toutefois, il serait bon d'intégrer une ou plusieurs pages spécifiques à l'outil RAI adapté pour notre pays.

[8] Client : le mot client sera utilisé à la place de « patient » dans le rapport afin, d'une part, de respecter la philosophie et la terminologie d'interRAI et, d'autre part, d'englober, dans le mot « client », la personne prise en charge et son aidant principal.

Pour cette adaptation belge, des soignants germanophones (une infirmière de terrain, une représentante d'infirmières et un médecin généraliste) ont été consultés.
InterRAI ayant assez fréquemment modifié ses outils, la version allemande n'était pas utilisable sans modifications. Des sections entières manquaient, le sens de phrases entières a dû être changé, le vocabulaire utilisé a dû être adapté.

2.3 Comparaison des versions francophone, néerlandophone et germanophone belges

Les trois versions ont alors été une dernière fois comparées entre elles. Quelques discordances ont encore été mises en évidence et ont nécessité les dernières modifications. La version de référence en anglais a souvent dû être consultée pour pouvoir trancher[9].

Les versions définitives figurent en annexes (annexes 2.a., 2.b., 2.c, 2.d.).
A cela, se sont ajoutées des erreurs de contenu dans la version de référence signalée à InterRAI.

Prenant en compte les constats émanant des intervisions intervenues pendant le projet RAI précédent, les équipes de recherche ont apporté quelques adaptations aux instruments RAI-HC et LTCF. Ces adaptations concernaient d'une part l'emploi des langues et d'autre part l'ajout de quelques questions aux instruments, alors que les ajouts en néerlandais de Dinnus Frijters et en français de Jean-Claude Henrard ont été supprimés. Les ajouts portaient sur les thèmes fortement préconisés par les participants aux intervisions du premier projet RAI. Ces thèmes furent premièrement identifiés par les équipes de recherche et ensuite abordés plus en détails. L'ajout de questions implique directement que la liste de questions s'allonge et s'alourdit. Les items retenus ont toujours un rapport avec des éléments qui ont une influence sur la qualité du soin, comme l'appétit du client, son attitude envers le personnel soignant, les

[9] Exemple de modifications : « fatigue anormale » versus « fatigue », _ « larmes » versus « pleure facilement »., _ « supervision à certains moments » versus « supervision », « Refus d'alimentation par sonde et hydratation par voie intraveineuse», remplacé par « refus d'alimentation / hydratation par sonde et/ou par voie intraveineuse », _ « pied diabétique » versus « ulcère diabétique au pied », « Puff » versus « Inhalator », «lange complet » versus « lange anatomiques », « Durchfall » (terme populaire) versus « Diarrhö » (terme scientifique), « hypertonie » versus « tension élevée » en région germanophone complément d'information, explication des lettres « AVQ » dans chaque version, ...

moyens qu'il utilise pour se déplacer, l'utilisation de matériel pour l'incontinence, etc. Ces questions supplémentaires sont récapitulées en annexe (annexe 1).

Deux questions ont été ajoutées au HC et une au LTCF en rapport avec les échelles d'évaluation des clients, exception faite du RAI. Il est question des scores réalisés sur l'échelle de Katz (soins en résidence) et l'échelle BEL (soins à domicile). Le but ici est de rassembler des données sur les scores du RAI et de pouvoir les comparer aux résultats obtenus sur ces échelles. Éventuellement, à l'avenir, Katz et BEL pourront être calculés automatiquement à partir de RAI.

3 Application web BelRAI

L'expérience passée avait démontré qu'une seule application ne suffisait pas aux besoins du projet. Vu la complexité des instruments RAI d'une part et l'introduction de nouvelles fonctionnalités d'autre part, il était nécessaire de créer un environnement cloisonné où le personnel soignant et les chercheurs pouvaient procéder à des essais pendant les formations ou les phases de test. Un nouveau site (http:/test.BelRAI.org) présentant uniquement des informations fictives a été mis sur pied pour ces essais, un système complètement indépendant du système existant (*www.belrai.org*).

Avec l'introduction des nouveaux instruments d'évaluation interRAI, leur (nouvelle) complexité, leur longueur, on a également constaté que les informations limitées (pop-ups) des instruments étaient insuffisantes. La diversité des disciplines concernées dans les formulaires d'évaluation rendait indispensable de fournir des informations extrêmement précises. À cet effet, deux sites Wiki ont été (provisoirement) créés : un Wiki francophone (*http://wiki.BelRAI.org/fr*) et un néerlandophone (*http://wiki.BelRAI.org/nl*).

3.1 Architecture adaptée de l'application

Pendant cette année de projet (2007-2008), quelques modifications majeures relatives au volet technologique au sein du projet BelRAI ont été apportées. Vu le changement de l'organisation et les problèmes techniques qui ont fait jour par le passé, il a été décidé d'adapter l'architecture pour la recherche d'information et les structures d'information au sein du

système. Ainsi, l'idée de travailler avec un système de gestion des bases de données complètement basé sur XML (XMLDBMS) a été abandonnée.

En guise de remplacement, on a opté pour un système connu et plus fiable, Hibernate, une solution logicielle libre plus puissante et bien plus performante. La suppression du XMLDBMS a eu pour conséquence directe que la visualisation des informations sur les instruments d'évaluation, les soignants, les groupes et les clients a pu se faire plus rapidement.

Comme support d'information, il a été décidé de préférer PostgreSQL à MS SQLServer. Le fait est que l'utilisation pour analyse, les licences mais aussi les configurations PC requises par MS SQLServer avaient commencé à représenter un obstacle pour les chercheurs. PostgreSQL bénéficie d'une solide réputation de système puissant de bases de données relationnelles ouvertes.

« L'explosion » de la quantité d'informations a rendu nécessaire le transfert vers une base de données (au lieu de passer par XMLBeans). Ce faisant, il est devenu possible d'accélérer le téléchargement et la visualisation des informations issues des instruments, et surtout de rendre ces opérations moins éprouvantes pour le serveur. Ces modifications ont permis d'assouplir le téléchargement des structures des instruments (XMLBeans) et de diminuer la charge pour l'application elle-même.

3.2 Adaptations pour rendre le système plus convivial

Lors des intervisions au cours de l'année dernière, les participants ont souvent mentionné que le système tournait lentement, surtout avec les fonctions de recherche. Cette année, grâce aux adaptations techniques, les fonctions de recherche sont à la fois plus faciles et plus rapides à utiliser. La navigation vers les différentes sections en remplissant un questionnaire est, par la même occasion, facilitée. L'an dernier, le défilement du document était fastidieux. Cette année, les différentes sections sont indiquées de façon plus synoptique et plus compacte en parallèle au questionnaire de manière à ce que les participants puissent naviguer (cliquer) vers d'autres sections.

Autre grande différence par rapport à l'an dernier : la façon dont les données sont sauvegardées. Dans les précédentes versions, les données étaient automatiquement conservées, et les utilisateurs faisaient souvent appel au helpdesk. Pour bon nombre de participants, c'était confus et ils ne savaient pas si, oui ou non, les données avaient été enregistrées.

L'absence de message clair y contribuait assurément. Solution: les données ne sont dorénavant plus enregistrées automatiquement, et le système affiche des messages clairs. Les notifications claires que les données ont été sauvées et les avertissements lorsqu'elles ne l'ont pas encore été assurent aujourd'hui une amélioration remarquable pour les utilisateurs. L'utilisation de messages clairs a été appliquée dans tout le système et offre actuellement davantage de certitude et confirme les actions effectuées à tous les niveaux.

L'intégration de manuels d'utilisation interRAI dans le système constitue une autre amélioration notoire par rapport à l'an dernier. L'an dernier, les utilisateurs devaient travailler avec une version imprimée du manuel. Cette année, ces manuels ont été mis en ligne à la disposition des participants. Sous la forme d'items d'aide, les manuels ont été incorporés dans les questionnaires en ligne. Pour chaque section, question ou sous-question, un item a donc été prévu et permet à l'utilisateur d'obtenir en un clic plus d'explications sur ladite section, question ou sous-question. Après avoir cliqué, on arrive directement sur une page du site Wiki (WikiBelRAI) qui explique et, éventuellement, illustre le remplissage des questions respectives. Dans la rubrique « téléchargements » du site Wiki, on retrouve également les manuels ainsi que toute une série d'informations pertinentes dans des fichiers PDF.

3.3 Evaluation de l'utilisabilité

Après l'application d'une série d'adaptations pour rendre l'application internet plus facile d'emploi, une nouvelle recherche de facilitation d'emploi a été menée pour valider ces modifications. On a procédé en deux étapes : premièrement, une évaluation des experts a été menée et ensuite, une évaluation d'utilisateurs. Dans l'évaluation des experts, le site web a été testé par un expert en convivialité sur une méthodologie adéquate, en partant de différentes directives et principes de convivialité. Pour l'évaluation d'utilisateurs, 8 utilisateurs du secteur de soins de santé ont testé l'application web sur la convivialité. Ceci s'est déroulé dans le labo

de convivialité du CUO pour que toutes les actions et rétroactions des utilisateurs puissent être déterminées. Après l'exécution d'une série de missions sur l'application web, les utilisateurs ont été sondés durant une interview sur leur expérience d'utilisation.
La décision de l'évaluation des experts a été que le site web BelRAI était utilisable et ne contenait pas de lourdes fautes de convivialité. Une forte amélioration est perceptible par rapport à l'interface du site web précédent. On a bien signalé encore quelques petites erreurs qui sont aussi résolues au mieux pour encore augmenter la facilité d'emploi. Les recommandations étaient, entre autres, l'utilisation insuffisante d'espaces blancs, la police d'écriture trop petite, la division trop dense de la page, des textes trop longs et des problèmes de navigation. Les points positifs : messages d'erreurs cohérents, vitesse de chargement et compatibilité avec la majorité des navigateurs du web. Le rapport complet de l'évaluation des experts est repris dans l'annexe 4b.

Il est également ressorti de l'évaluation des utilisateurs que le site web BelRAI était utilisable et ne contenait pas d'importantes erreurs de convivialité qui rendrait l'ensemble totalement inutilisable. Pour les utilisateurs, les problèmes ne se situent pas tellement dans des fautes de convivialité du site web. Leur plus grande irritation a été l'entrée d'un grand nombre de données, ce qui a parfois été rendu bien compliqué par le site web. L'entrée rapide des données est donc un important point d'attention pour les améliorations futures. Ensuite, les constatations antérieures au sujet de la longueur des blocs de textes sur le site ont été confirmées. Par opposition à l'évaluation des experts, les utilisateurs n'ont pas eu de peine avec la navigation et les deux menus de navigation. Les utilisateurs ont retrouvé facilement tout dans la structure du site Web, grâce aux labels clairs des différentes pages de web et de sous-pages. Les éléments positifs sont également les messages d'erreurs cohérents, la rapidité du site et le déroulement rapide du test sans anicroches.

Le rapport complet de l'évaluation des utilisateurs est repris dans l'annexe 4a.

3.4 Site Wiki

Un wiki (cf. wikipedia) est une application ou un site web permettant de travailler en commun sur des documents en ligne. Les visiteurs peuvent à leur propre initiative et en toute simplicité ajouter ou ajuster des informations et ce, sans besoin d'autorisation ou de code d'accès

(certains wikis imposent toutefois l'enregistrement préalable). En ce moment, WikiBelRAI (lire: le système d'aide BelRAI) est toujours totalement aux mains de quelques spécialistes en vue de développements complémentaires.

WikiBelRAI est actuellement une plate-forme d'information que l'on peut consulter librement. Les informations, fonctions d'aide et tous les liens possibles vers BelRAI (pop-ups) sont centralisés vers interRAI et BelRAI. Le wiki BelRAI comprend également les instruments d'évaluation interRAI (HC, LTCF, etc.), les GAD, les déclencheurs des GAD, des échelles de soins, la politique de respect de la vie privée, le consentement éclairé dans diverses rubriques et, dans le lexique, les questions fréquemment posées, Helpdesk, l'actualité et les coordonnées de contact. Une rubrique « Téléchargements » complète prévoit en outre les versions PDF pratiques de tous les documents et manuels utiles.

L'objectif est qu'à l'avenir, WikiBelRAI soit complètement rendu accessible et fonctionne interactivement. On entend par là que les visiteurs seraient à même d'adapter et de retravailler le contenu en temps réel et à n'importe quel moment. Cela va bien plus loin que des annotations dans un livre d'or, des commentaires sur un blog ou des remarques décousues sur un forum où il est parfois difficile de trouver ce qu'on cherche. Le but final est que la ***qualité de l'information augmente.*** Dans quelle mesure cela sera-t-il applicable à l'avenir reste sujet à discussion.

3.5 Instruments d'évaluation, GAD et échelles

L'évolution constante des instruments d'évaluation au cours des années 2007-2008 est telle que des instruments complètement nouveaux ont été implémentés (HC et LTCF) (voir annexes 1 et 2.a., 2.b., 2.c, 2.d. et, pour les manuels d'utilisation, les annexes 14 et 15). Des changements structurels étaient nécessaires, le système BelRAI semblait de nouveau suffisamment flexible pour accueillir ces nouvelles structures pour les instruments, GAD et échelles. Le contenu original a pu être adapté à la situation belge grâce au Content Management System (Système de gestion du contenu - voir §3.5).

Les GAD (Guide d'Analyse par Domaines d'interventions) et les échelles de niveau de soins (symptômes des clients) ont été adaptés à la configuration belge et élargis puis incorporés

dans l'application en ligne BelRAI. Au cours de l'année précédente, les prestataires de soins de santé avaient uniquement reçu une liste des GAD et des échelles de niveau de soins avec leurs résultats respectifs.

Dans le courant 2007-2008, de plus amples informations relatives à l'activation des GAD et les échelles de soins ont été prévues dans BelRAI. Une fonction supplémentaire permet de visualiser en quelques clics les résultats et les items et d'accéder automatiquement sur la partie Wiki de BelRAI. WikiBelRAI prodigue des explications plus claires et plus détaillées quant à la création en toute simplicité d'un lien vers un plan de soins.

Une première étape a également été instaurée pour générer des statistiques individuelles avec les résultats. En guise de démonstration, l'échelle IMC a été présentée de manière textuelle mais aussi visuelle.

3.6 CMS – Content Management System

Un système de gestion de contenu ou **Content Management System** est une application en ligne permettant de publier des documents et données sur Internet de façon extrêmement simple et sans besoin de connaissance technique. Une des fonctions d'un CMS permet d'introduire des données sans lay-out (comme du texte brut) et de les présenter ensuite aux visiteurs dans un format donné par l'application de modèles. Un CMS est avant tout intéressant pour les sites web dont le contenu doit être régulièrement adapté tout en conservant une présentation fixe pour les visiteurs.

Le système de gestion de contenu de BelRAI n'est accessible qu'aux administrateurs (ou les experts RAI qui y sont autorisés). Le Content Management System de BelRAI permet d'adapter en ligne le contenu des instruments présents dans les langues disponibles.

Vu l'évolution permanente des instruments d'évaluation interRAI et les subtiles nuances qui peuvent fortement influencer le résulat final, la flexibilité et l'ouverture de BelRAI grâce au CMS offrent de nombreuses possibilités aux chercheurs. Par exemple, si cela devient souhaitable, il est possible d'installer d'autres outils d'évaluation sur le site BelRAI de manière tout à fait autonome et indépendante des développeurs du site. Il existe également la

possibilité d'intégrer à un stade ultérieur des actions plus poussées pour la création d'un nouvel instrument.

3.7 Formulaire d'autorisation BelRAI (Consentement éclairé)

Pour l'introduction d'un client sur le site BelRAI, le soignant doit premièrement demander l'autorisation préalable de celui-ci ou de son représentant. Ceci nous a été conseillé par des experts de l'ICRI (Interdisciplinary Centre for Law and ICT / KULeuven).

Ce centre de recherche se spécialise en droit applicable à la collecte et la diffusion d'informations via les canaux de communication électroniques. En collaboration avec ce centre de recherche, nous avons établi un formulaire d'autorisation que les prestataires de soins doivent faire lire et signer aux clients ou leur représentant. L'autorisation doit impérativement être écrite. Ce document explique les objectifs de l'étude, mentionne les personnes de contact et les responsables ainsi que d'autres informations utiles sur la participation à ce projet. Une copie de ce formulaire d'autorisation se trouve en annexe 3.

En résumé, nous pouvons dire qu'au cours de l'année dernière, la strucure et le contenu du site BelRAI ont été considérablement amendés. On peut même aller jusqu'à parler d'un tout nouveau concept, un nouveau site web auquel sont reliés un site consacré aux tests et un site informatif public – WikiBelRAI (les versions germanophones sont en cours de création). De nombreux changements sont à constater dans la prise en considération des observations et remarques formulées individuellement par les participants ou lors de l'étude d'utilisation (voir Usability Report en annexes 4.a. et 4.b.).

Dans un avenir proche, de nouveaux développements et adaptations seront apportés au programme afin de répondre au mieux aux besoins des utilisateurs. La collaboration entre les chercheurs et les développeurs d'une part et l'implication des prestataires de soins d'autre part garantissent la progression constante du système BelRAI tant du point de vue technique que du contenu.

4 GAD et échelles interRAI

Courant 2007, les nouveaux Guides d'Analyse par Domaines d'interventions (GAD) (annexe 5) et les échelles interRAI se trouvaient encore en cours de développement par interRAI. Des études approfondies ont été réalisées afin de mettre au point les nouveaux codes GAD (annexe 8). Il a été tenu compte des plus récents éléments de preuve issus de la littérature scientifique des directives pratiques internationales et de la valeur de l'information apportée par des spécialistes du monde entier.

En novembre 2007, les chercheurs ont reçu les versions finales des nouveaux algorithmes GAD d'interRAI , après quoi ceux-ci furent testés par l'équipe de recherche à Leuven. Après les tests, quelques adaptations furent suggérées à interRAI pour approbation. Les nouveaux GAD ont ensuite été mis en ligne sur le site BelRAI.

4.1 Objectif

L'utilisation des GAD a pour objectif l'identification des problèmes pertinents et latents chez les clients en vue de la mise au point d'un plan de soins holistique et de haute qualité. Les GAD abordent des problèmes qui s'étendent sur quatre domaines vastes. Ci–dessous, vous trouverez ces quatre domaines et les GAD y afférents :

Domaine de la performance fonctionnelle

GAD Promotion des activités physiques

GAD Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ[10])

GAD Activités de la vie quotidienne (AVQ[11])

GAD Optimalisation de l'environnement à domicile

GAD Risque d'entrée en institution

GAD Restriction physique

Domaine des facultés cognitives et mentales

GAD Cognition

GAD Delirium

[10] AIVQ : aide instrumentale à la vie quotidienne
[11] AVQ : aide à la vie quotidienne

GAD Communication

GAD Troubles de l'humeur

GAD Comportement

GAD Maltraitance

Domaine de la vie sociale

GAD Activités sociales

GAD Support informel

GAD Relations sociales

Domaine des problèmes cliniques

GAD Chutes

GAD Douleur

GAD Ulcères de pression

GAD Affections cardio-respiratoires

GAD Nutrition

GAD Déshydratation

GAD Nourriture par sonde

GAD Médicaments

GAD Consommation de tabac et d'alcool

GAD Incontinence urinaire

GAD Régulation intestinale

Les GAD reposent sur le regroupement des items issus des instruments d'évaluation InterRAI (MDS) dans lequel chaque item est pondéré différemment. Ces items fonctionnent comme des déclencheurs dans les codes GAD (annexe 7). Les codes associent ces déclencheurs entre eux afin d'identifier des problèmes de base qui sont expliqués dans le GAD. Les codes sont le fruit d'une étude intensive de données issues de grandes bases de données aux Etats-Unis et au Canada.

Les objectifs de soins varient d'un GAD à l'autre et offrent la possibilité de solutionner un problème, diminuer le risque de rechute ou créer un climat propice à l'amélioration. Le

manuel des protocoles d'évaluation clinique interRAI a été traduit de l'anglais par un traducteur professionnel.

En comparaison avec les versions antérieures des déclencheurs de GAD, la nouvelle approche tente d'identifier deux types de clients. En premier lieu, il y a les clients pour lesquels on peut prévoir un plus haut risque de déclin – un scénario typique dans les soins intramuros de longue durée. En second lieu, il y a les clients pour lesquels on peut espérer une amélioration, pour lesquels le déclin peut être imputé à un problème récent aigu (par exemple: délire, psychose, chute, pneumonie) et dont les symptômes seront pris en charge après une approche appropriée.

Ces déclencheurs de GAD identifient donc les clients qui peuvent tirer bénéfice de soins qui ressortent d'un des domaines problématiques relevé dans les GAD. Grâce à cette approche, il est possible de faire diminuer le nombre de GAD dans tous les contextes de vie. Des 18 domaines problématiques apportés par les versions précédentes MDS 2.0, le nombre de GAD a par exemple diminué de moitié. Enfin, pour de meilleurs résultats, InterRAI propose aussi en appoint des lignes directrices pour les soins dans chacun des domaines problématiques sur base de nouvelles mises au point.

Affiner les lignes directrices pour les soins passe aussi par un effort d'écoute qui permet d'augmenter la qualité des données et la connaissance - la nôtre mais aussi celle des autres. Pour s'appuyer le plus possible sur la pratique, InterRAI a l'intention d'évaluer les GAD de manière continue et les revoir tant sur le plan du contenu que dans le domaine des déclencheurs.

Pour pouvoir disposer clairement de chaque GAD sur le site, ceux-ci ont été traités séparément par un chercheur. Plus concrètement, les informations portant sur la signification et la problématique que représentent tous les scores/codes GAD ont été adaptés à partir du manuel, de manière à ce que les utilisateurs du site trouvent directement l'information voulue sur le site depuis la liste des GAD. Voici un exemple pour illustration :

Exemple : GAD delirium – déclenché avec un score de 1

I Signification

Le **GAD Délire est activé.** Etant donné que ce GAD désigne des personnes présentant des symptômes de délire actif, cela signifie que ce client présente un ou plusieurs des symptômes de délire repris ci-dessous:

- Le comportement du client dans certains domaines diffère de la façon dont le client fonctionne habituellement (ex. vient d'apparaître, en train de se détériorer, ou différent d'il y a quelques semaines) : facilement distrait, épisodes de discours incohérents, capacités mentales varient au cours de la journée;
- Changement important au niveau des capacités mentales par rapport aux capacités habituelles

Attention:
Cette personne présente des symptômes de délire actif donc l'**action** doit être axée sur la **prévention et le traitement** (voir III directives).

II Enoncé du problème

Le délire (confusion aiguë) est une affection grave qui est généralement la conséquence d'un grave problème de santé sous-jacent tel qu'une infection, une déshydratation ou une réaction à un médicament. Le syndrome est associé à un risque élevé de mortalité et de morbidité (ex. décubitus, perte d'autonomie dans les AVQ, un séjour prolongé à l'hôpital et des placements plus fréquents dans des établissements de soins, une augmentation des frais de soins de santé).

Le délire apparaît souvent chez des clients institutionnalisés ou des clients qui ont été renvoyés récemment d'un hôpital, parmi lesquels beaucoup présentent un déclin cognitif prémorbide. Environ 25% des clients qui sont admis dans une MRS après être sortis de l'hôpital développeront un délire nouveau ou persistant qui limitera leurs chances de réhabilitation. Chez les clients qui sont en phase terminale de leur vie, ce pourcentage s'élève à 80-90%, ce qui entraîne des désagréments certains pour le client mourant et sa famille.

Il est dès lors nécessaire de détecter un délire suffisamment tôt pour pouvoir commencer un traitement rapide et adéquat. Le personnel infirmier et soignant se trouve de ce fait dans une position idéale, et il leur appartient également d'élaborer un programme de soins adapté en collaboration avec les médecins et les autres prestataires de soins primaires.

Le délire ne fait jamais partie d'un processus de vieillissement normal. Certains symptômes typiques du délire sont souvent interprétés à tort comme des indications du processus naturel de démence et surtout des stades finaux de la démence. Les premiers symptômes du délire se manifestent, contrairement à ceux de la démence, en très peu de temps (en heures ou en jours). Les symptômes typiques peuvent être : des troubles de concentration, un comportement/des capacités fonctionnelles qui varient tout au long de la journée, l'agitation, la somnolence en journée, des errances, un discours confus et enfin des sensations visuelles ou tactiles erronées (perception modifiée, comme les interprétations erronées ou les hallucinations).

Le traitement ne peut être une réussite que si le syndrome clinique est détecté et diagnostiqué, les causes identifiées et que le traitement est entamé immédiatement. L'évolution d'un délire est déterminée par plusieurs facteurs. Lorsqu'une cause est identifiée et traitée sans que l'on observe une amélioration au niveau du délire, continuez à détecter et traiter les autres causes possibles.

Lors du calcul, les 26 GAD ont été repris dans une liste, de sorte que le prestataire de soins ait un aperçu des GAD activés et des GAD non activés. En plus, les codes (0, 1, 2, 3, 4) relatifs au GAD sont également indiqués. Prenons le GAD cognition. Celui-ci peut se voir attribuer un code 0, 1 ou 2 selon l'état cognitif du client. Via le site web, il est possible, en cliquant sur les GAD respectifs, d'obtenir des informations sur la signification du code spécifique, la problématique et quelques objectifs de soins généraux.

4.2 Opérationnalisation des GAD

Au cours du projet, six GAD ont été opérationnalisés – Les GAD Délirium, Restriction physique, Chutes, Douleur, Incontinence urinaire et Escarres. L'opérationnalisation des GAD impliquait que ceux-ci soient adaptés au système de soins de santé en Belgique.

Ensuite, des directives ont été développées sur base des directives existantes en Belgique et ont été élaborées de manière à permettre une utilisation pratique. Cela garantit l'utilisation des GAD en tant qu'instrument essentiel dans la création ou l'amélioration de plan de soins pour les clients. Cela a été explicitement demandé lors des intervisions organisées dans le cadre du projet précédent (RAI I).
Les utilisateurs désiraient voir dans ces GAD l'ébauche d'un plan de soins global. Le RAI peut être un bon outil dans la mise au point d'un tel plan de soins global mais il ne peut en aucun cas générer de plan personnalisé.

4.2.1 GAD douleur, ulcère de pression et incontinence urinaire

(annexes 6.a., 6.b., 6.c.)

Afin d'opérationnaliser au mieux les GAD douleur, ulcère de pression et incontinence urinaire et de les adapter au contexte belge, la partie francophone de l'équipe de recherche a fait appel aux équipes spécialisées en gériatrie des Cliniques de l'IPAL.

L'objectif principal consistait à analyser les GAD au niveau de leur contenu et de leur utilisation afin d'établir des recommandations quant à leur amélioration éventuelle. Ultérieurement, cette analyse devra permettre la conception de plans de soins au départ de ces GAD.

Méthodologie

La méthodologie appliquée est la suivante.
Les GAD ont tout d'abord été soumis à l'analyse de personnes référentes sur les matières concernées au sein de l'institution :

- relais soins de plaies n=20 (l'avis de 20 personnes relais a été recueilli) ;
- référents soins de plaies n=2 ;
- relais incontinence urinaire n =14 ;
- équipe mobile soins palliatifs et algologie (EMSPA) n=5.

Cette première étape a permis de recueillir d'une part, des remarques générales communes aux trois GAD et d'autre part, des remarques plus spécifiques concernant chacune des matières visées.

De manière générale, il est apparu que les GAD présentaient des faiblesses pouvant compromettre leur compréhension par les personnes du terrain ainsi que la conception ultérieure des plans de soins.
Les remarques formulées portaient sur les points suivants :

1. Quelle est la pertinence d'inclure des chiffres de prévalence tirés pour une bonne part d'études américaines ?

2. Pourrait-on revoir la forme des GAD ?
   Ceux-ci apparaissent trop littéraires, alourdis inutilement par les chiffres de prévalence, pas assez concis sur certains points, pas assez schématiques avec un recours inexistant à des tableaux, à des schémas ou à des arbres décisionnels ;

3. Pourrait-on envisager des liens supplémentaires vers certains GAD à priori reliés au GAD initial mais pourtant non mentionnés ? (ex. : renvoyer vers le GAD douleur pour le GAD ulcère de pression, renvoyer vers le GAD ulcère de pression pour le GAD douleur) ;

4. Ne serait-il pas nécessaire d'uniformiser la structure de la partie « ressources complémentaires » pour l'ensemble des GAD ? Il a ainsi été proposé de distinguer clairement les articles, les ouvrages, les sites Internet et les recommandations.

Enfin, les GAD ont été modifiés en intégrant l'ensemble des recommandations générales et des réflexions spécifiques formulées par les personnes référentes.

4.2.2 GAD delirium, restriction physique et chutes

(annexes 6.d, 6.e., 6.f.)

L'équipe de recherche de Leuven a travaillé sur les GAD Délirium, Restriction physique et Chutes à la lumière de la littérature scientifique récente et d'avis d'experts sur le terrain. À l'aide de ces informations, on a travaillé et complété le texte de base du manuel GAD.

Méthodologie

Dans une première phase, Prof. Dr. Koen Milisen et les chercheurs ont discuté des 3 GAD et noté plusieurs points importants. L'approche utilisée ainsi que les directives existantes, utilisées à « l'Universitaire Ziekenhuisde Leuven » ont été abordées (par exemple pour les GAD delirium et restriction physique). Le Groupe de travail Delirium (UZLeuven) a développé ces directives en se basant sur la recherche scientifique et les avis des experts.

Dans une seconde phase, on a procédé à une étude de la littérature en la matière. Les études scientifiques utilisables ont été sélectionnées et utilisées pour l'élaboration des GAD. Par code, chaque GAD a été divisé en trois parties : Signification, Problématique et Directives.
Pour la rédaction du texte relatif aux deux premières, on s'est servi du texte de base du manuel, complété par la littérature scientifique. Pour le GAD Restriction Physique, il a été nécessaire de consulter les textes législatifs.

Trois sources différentes ont été utilisées pour l'élaboration des directives : le texte de base du manuel, la littérature scientifique, les directives existantes de l'UZLeuven en guise de complément. Ces dernières reposent sur des études basées sur des preuves et rédigées par le Groupe de travail Délirium (UZLeuven). Ce groupe de travail est constitué de médecins, de psychiatres, de gériatres, d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé. Les directives flamandes "Uniforme aanpak valpreventie Vlaanderen"[12] ont été consultées pour le développement du GAD chute.
Pour chaque GAD, les différents codes sont expliqués. Si un GAD n'est pas activé, (code GAD égal à 0), certaines directives sont quand même énoncées en guise de mesures de prévention. Ainsi, il était possible d'éviter une situation problématique pour les prestataires de

[12] Directives flamandes "Uniforme aanpak valpreventie Vlaanderen" – site web www.valpreventie.be
et Milisen, K., Geeraerts, A., Delbaere, K., Dejaeger, E. (2006). Valpreventie bij thuiswonende ouderen met verhoogd risico. Acco, Leuven, Belgique. ISBN 90-334-6287-7

soins. En plus, sont proposés des textes complémentaires conseillés par les chercheurs, des échelles, des liens vers d'autres sites Internet recelant des informations pertinentes sur le sujet.

Les textes relatifs aux GAD ont été présentés de façon structurée. Pour commencer, les prestataires de soins peuvent sélectionner par GAD les informations qu'ils veulent voir en premier (signification, problématique ou directives). Ensuite, les directives sont traduites dans des démarches à suivre, lesquelles proposent un schéma avec une vue d'ensemble. Il est d'ailleurs de notoriété publique que les prestataires de soins n'ont pas beaucoup de temps pour lire de longs textes pour l'élaboration d'un plan de soins.

À l'aide de schémas et d'informations courtes et structurées, les textes sont plus clairs et peuvent être lus plus rapidement. Les directives sont ainsi plus facilement maniables.

4.3 Recommandations

Au cours de cette année de travail, les méthodes de travail des équipes de Louvain et de Liège au niveau de "l'opérationalisation" des GAD ne concordaient pas tout à fait. L'année prochaine, nous travaillerons selon une méthodologie commune qui combinera les forces des deux approches. Ceci implique qu'on commence par suivre la méthodologie du § 4.2.2., après quoi elle sera testée auprès de groupes spécialisés qui travaillent sur le terrain dans les deux parties du pays. Leurs commentaires seront ensuite intégrés dans la version définitive. Ainsi, nous arriverons à ce que les GAD reposent sur une révision systématique mais aussi sur des preuves concrètes.

4.4 Échelles interRAI

Comme nous le savons déjà, de nombreuses recherches ont été effectuées au cours des dernières années sur la base de données RAI. Une partie importante s'est orientée sur la recherche de calculs synthétiques et cohérents des caractéristiques des clients qui pourraient prendre la forme d'echelles (de niveau de soins).

Avec interRAI, des échelles de niveau de soins (ou évaluation sommaire d'un client sur une période donnée) ont été développées et correspondent justement aux échelles et indices internationaux connus, tels que l'index de Barthel, le MMSE (Mini Mental State Examination), l'échelle de dépression gériatrique et s'avèrent même parfois plus efficaces. L'utilisation de ces échelles émanant des instruments d'évaluation interRAI (MDS/Minimum Data Set) peut représenter une plus-value. Via le calcul des résultats, il est possible de voir les scores obtenus sur des échelles et indices. En utilisant plusieurs instruments MDS, on peut suivre l'évolution des résultats par échelle.

Pour l'instant, le site web BelRAI génère les échelles de niveau de soins ci-dessous :

- Echelle hiérarchique des activités de la vie quotidienne (ADL Hierarchy Scale)
- IMC – Indice de masse corporelle (BMI – Body mass Index)
- Communication Scale
- IADL Involvement Scale
- Echelle du rendement cognitif (CPS)
- Echelle de Mattis (DRS)
- Echelle de la douleur

Pour ces échelles, les différents résultats sont expliqués à la lumière d'un diagramme reflétant les différentes graduations. Ces diagrammes proviennent d'interRAI et ne sont pas encore disponibles en néerlandais. Ils seront prochainement traduits et adaptés au contexte belge.
A l'avenir, les chercheurs souhaitent associer des statistiques à ces échelles, de manière à ce que les prestataires de soins puissent suivre l'évolution des résultats par client.

5 Conclusion

Dans ce chapitre, on a fait un sommaire de toutes les adaptations aux instruments RAI (HC et LTCF), aux manuels InterRAI (HC, LTCF et GAD) et au site web BELRAI. Ces adaptations ont été effectuées en tenant compte du feedback des participants du projet RAI précédent et du projet RAI actuel. Des intervisions, il est ressorti que les adaptations ont été accueillies positivement. Le fait que nous disposions maintenant d'un système très flexible qui rend possible les adaptations peut être perçu comme une des grandes réalisations de ce projet.

Il reste encore des points à améliorer pour le site Web et pour les manuels, mais une partie de ce travail a déjà été préparée techniquement cette année. Les missions importantes pour les prochaines années sont de rendre le site web BelRAI encore plus convivial et d'adapter les GAD au contexte belge.

Chapitre 2 : formation

1 Introduction

Pour rappel, dès le début du projet de recherche-action BelRAI 2006, au moins un membre de chaque Service intégré de soins à domicile (SISD) a été formé en vue d'assurer la sensibilisation et la formation des acteurs du secteur du domicile. Ils ont assuré cette mission en se référant à la formation qu'ils avaient reçue.

Les francophones ont bénéficié d'une formation assurée par Jean-Claude Henrard, membre d'InterRAI-France. La formation était basée sur le MDS et non sur la démarche complète. Les membres des SISD francophones ont étés formés, à l'époque, en même temps que l'équipe de recherche et les formateurs engagés pour assurer la formation des MRS[13] participant au projet. Pour la région néerlandophone, la formation de l'équipe a été assurée par Dinnus Frijters, membre d'InterRAI pour les Pays-Bas, par l'équipe de recherche et par Louis Paquay de la Wit-Gele Kruis. Puis, les SISD néerlandophones ont été formés par l'équipe de recherche.

Les membres des SISD et les formateurs engagés par les équipes de recherche pour former les MRS se sont basés sur la formation qu'ils avaient reçue. A l'époque, les formateurs ont été formés à la version 2.0 des instruments d'évaluation InterRAI. Du côté néerlandophone, les structures ont été formées à la version 3.0 en octobre 2007.

Le rapport de recherche BelRAI 2006 a mis en évidence le besoin des SISD et des MRS d'obtenir une formation standardisée de façon à ce que l'ensemble des acteurs de terrain parle bien le même « langage ». Pour concourir à cet objectif, une des missions reprises dans le contrat du projet de recherche BelRAI 2007 est de préparer un vidéogramme pour promouvoir cet apprentissage.

[13] Les formateurs avaient été engagés pour former également les HJG mais, le rapport 2006 a mis en évidence que le RAI screener n'était pas adapté aux HJG et ceux-ci n'ont pas participé au projet 2007

En 2007, une nouvelle version des instruments d'évaluation InterRAI a été introduite et l'adaptation pour notre pays a été réalisée. Le projet BelRAI, bénéficiant d'une toute nouvelle application web, a permis aux SISD et aux MRS du projet de recherche-action de participer à une formation « de remise à niveau » tout en testant l'utilisation du site. Cette formation a eu lieu en deux matinées, l'une portait sur des cas pratiques, l'autre sur l'utilisation du site. Après plusieurs jours, les participants ont pu bénéficier d'une demi-journée de « questions-réponses » avec l'équipe de recherche.

Les avis, remarques, demandes et autres conseils formulés lors de ces séances ont été pris en compte pour l'amélioration de la nouvelle application web.

La phase de formation des futurs utilisateurs de la démarche est un des piliers de la réussite de l'implantation de la démarche au sein de notre pays. Comme l'ont encore souligné certains membres d'InterRAI au cours du symposium RAI des 19 et 20 février 2008, cette phase ne doit pas être négligée.

Le Professeur B. Fries a souligné le fait que les Etats-Unis avaient négligé cet élément, ce qui était une grande erreur. Les membres de l'Institut CIHI en Ontario, rencontrés au cours du séjour d'étude, ont également insisté sur ce point. Même si, après plusieurs années d'expérience, l'e-learning s'est développé dans ce centre, B. Diverty (directeur) et son équipe ont décidé de continuer à former les utilisateurs par l'intermédiaire de formateurs attachés au centre CIHI, ces derniers se déplaçant sur tout le territoire.

On le voit, on ne peut négliger cette phase quand on vise une implantation réussie de la démarche RAI, si telle en est la volonté.

2 Cadre théorique et objectifs de la formation

La formation à l'utilisation du RAI ne se résume pas à une simple information des professionnels. Il ne s'agit pas uniquement de communiquer un savoir, en abordant l'historique de la démarche, la manière de compléter l'instrument d'évaluation InterRAI

(MDS), l'utilisation de l'application web ou l'exploitation des guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD) en vue du développement d'un plan de soins pluridisciplinaire.

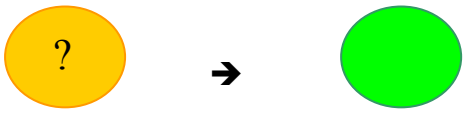
Le rapport BelRAI 2006 avait bien mis en évidence le changement qu'implique la démarche RAI tant au niveau de l'organisation de travail des différents acteurs du terrain que de la communication entre ces derniers ou même la relation avec les clients. L'implantation de la démarche RAI au sein de notre pays représente un réel changement des comportements, une nouvelle culture de soins. Elle s'inscrit dans une démarche « qualité », privilégiant l'évaluation globale du client et sa prise en charge pluri- et surtout inter- disciplinaire.

Tenant compte de l'expérience des experts InterRAI et de l'expérience BelRAI 2006, il semblait opportun et pertinent de privilégier la formation de formateurs.

A - Apports théoriques

D'un point de vue historique, on peut regrouper les modèles de l'apprentissage selon trois courants :

1. le modèle transmissif : le plus ancien, il privilégie deux voies : le langagier et le visuel. C'est la pédagogie appelée « magistrale » ou « frontale ». Ce courant s'inspire des travaux de John Locke. Appliqué à la démarche RAI, le formateur se contenterait d'expliquer la théorie et la marche à suivre pour utiliser la démarche.



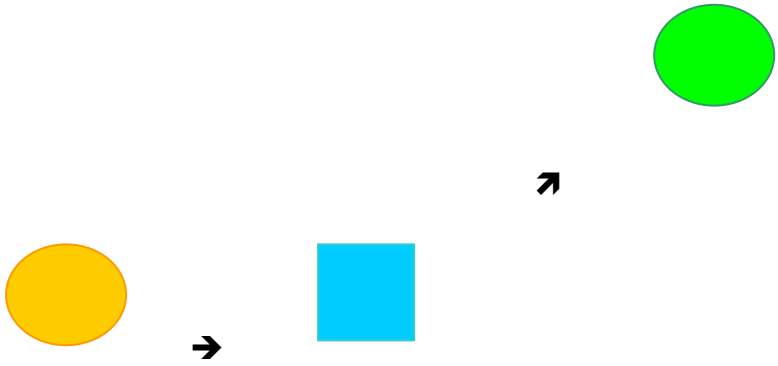
Tête vide *Tête pleine*

2. le modèle comportementaliste ou behavioriste : il s'appuie sur les travaux de Thorndike, Pavlov, Skinner et Watson. L'acquisition des connaissances s'effectue par paliers successifs. Le postulat de base insiste sur le rôle positif joué par les renforcements dans l'apprentissage. Ces théories sont à la base de la pédagogie de la maîtrise. Appliqué à la démarche RAI, le formateur pourrait utiliser les différents

types de renforcements, par exemple, féliciter la personne qui réussit un exercice lors de l'apprentissage sur le site web.

Comportement initial *Boîte noire* *Comportement final attendu*

3. <u>le modèle constructiviste et socio-constructiviste</u> : la pédagogie est centrée sur l'apprenant. C'est sur ce modèle, entre autre, que l'on prévoit de développer les outils du coffret pédagogique.



Ancien équilibre *Déséquilibre* *Nouvel équilibre*

Le point de vue constructiviste *« suppose que l'apprentissage résulte de constructions mentales de l'apprenant »*. L'apprenant est impliqué activement dans l'élaboration de ses savoirs. On passe à une pédagogie de « la question » alors qu'auparavant, il s'agissait d'une pédagogie « de la réponse ».

Le point de vue socio-constructiviste s'est enrichi par les travaux de Piaget, de Vygotsky et les études menées sur les interactions sociales. Pour ces auteurs, la construction d'un savoir s'effectue dans un cadre social. Il existe donc une interdépendance entre l'apprentissage et le contexte. Pour Vygotsky qui a développé le concept de « zone proximale de développement » (ZPD), *« l'apprentissage contribue au développement et,*

par conséquent, il le précède ». Les travaux menés sur les interactions sociales ont porté sur les « interactions dissymétriques de guidage » et sur les « interactions symétriques de résolution conjointe ».

Dans ce second cas, les activités proposées font appel aux interactions entre pairs de même statut. Ce qui nous amène à nous intéresser à la notion de conflit socio-cognitif. Ce conflit *« résulte de la confrontation de représentations sur un sujet provenant de différents individus en interaction »*.

Deux types de déséquilibre ont été mis en évidence : l'interindividuel voit une opposition entre deux sujets, l'intra-individuel voit un sujet remettre en question ses représentations. Pour certains auteurs, les interactions sociales sont des parties constituantes et indissociables de l'apprentissage. Gilly définit le conflit socio-cognitif comme *« une dynamique interactive, caractérisée par une coopération active, avec prise en compte de la réponse ou du point de vue d'autrui, et recherche, dans la confrontation cognitive, d'un dépassement des différences et des contradictions pour parvenir à une réponse commune »*.

Ces conflits seraient l'occasion d'apprentissages constructivistes. « *Toute interaction sociale ne produira pas un conflit socio-cognitif, une série de conditions doivent être prises en compte, à savoir: des relations symétriques, un climat socio-affectif favorable, des désaccords et des démarches d'argumentation fréquentes et intenses »*[14].

On le voit, diverses théories sont à prendre en compte en vue de développer une formation qui aboutisse à un réel changement du terrain dans le cadre de l'implantation de la démarche RAI.

Un exemple. Vous devez téléphoner, malheureusement vous avez oublié votre GSM et vous n'avez pas d'argent. Que faire ? Vous pourriez arrêter un passant et lui demander de vous donner quelques centimes d'euros ! Selon une expérience de Harris (1972) vous aurez une chance sur 10 d'obtenir cette somme. Par contre, si vous demandez préalablement l'heure au passant, vous aurez 4 fois plus de chance d'obtenir par la suite les quelques centimes d'euros qui vous permettront de passer votre coup de fil. Quel « phénomène » explique cela ?

[14] V. DUMONT. Effet miroir et controverse dans un travail d'équipe d'enseignants. UCL

Comment modifier le comportement d'individu par exemple face à la prévention contre le SIDA, face au don d'organe ou face à la protection de l'environnement ? Comment favoriser la réinsertion professionnelle ? Comment amener des professionnels de secteurs différents à modifier leur mode de travail, à changer de culture ? Enfin, comment amener des individus à *« se comporter en toute liberté différemment de la façon dont ils se seraient comportés spontanément »* (Joule et Beauvois)[15].

La psychologie de l'engagement (commitment) fournit les réponses à ces questions. Si Kurt Lewin a pu poser les bases de cette théorie, il faudra attendre Charles Kiesler, début des années septante, pour définir l'engagement comme *« le lien qui existe entre l'individu et ses actes »*. Il dit que *« l'individu accomplit un acte, lorsque cet individu est engagé, cela signifie qu'il s'assimile à cet acte, qu'il le fait sien »*. Cette approche fut plus connue suite aux travaux de Joule et Beauvois, et de nombreuses applications ont été développées dans le domaine de la sécurité routière, dans les établissements de soins, dans le domaine de la pédagogie, etc.

Une hypothèse dit que *« les gens ont tendance à adhérer à ce qui paraît être leurs décisions et à se comporter conformément à elles »* (Joule et Beauvois). Selon cette théorie « *seuls les actes nous engagent », « on peut être engagé à des degrés divers par ses actes »*.

Pour Kurt Lewin, la supériorité des sessions de groupe s'expliquerait par les vertus de la prise de décision. Il s'est intéressé au changement social. Au cours de la seconde guerre mondiale, il a mené une expérience (depuis classique) qui visait à modifier les habitudes alimentaires en vue d'accroître la consommation de certains morceaux de viande (les abats). Trois groupes seront constitués :

- dans le premier groupe une ménagère fait une conférence et s'exprime sur l'art de préparer la viande ;

- dans les autres groupes, une autre méthode est utilisée avec l'organisation de discussions libres dirigées par des médiateurs expérimentés. Ces échanges de vue ont permis la mise en évidence des préjugés qui faisaient obstacles au changement.

[15] JOULE, R. V. & BEAUVOIS, J. L. (2002). *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens.* PUG.

La seconde méthode induira des résultats dix fois supérieurs à la première, car les ménagères étaient *« libres de leur décision finale. La prise de décision en groupe engage plus l'action qu'une décision individuelle. Les membres d'un groupe sont prêts à adhérer à de nouvelles normes si le groupe y adhère ».* Pour K. Lewin[16], un groupe est plus que la somme des individus qui le composent. Il est plus aisé de changer des individus constitués en groupe que de changer chaque individu séparément. De nombreuses recherches vont corroborer ces faits.

L'effet de gel définit par Lewin est cette tendance à adhérer *« à la décision prise »*. En situation de groupe, la décision prise gèle *« le système des choix possibles en focalisant l'individu sur le comportement le plus directement relié à sa décision »* (K. Lewin). De plus comme l'ont souligné de nombreux chercheurs, l'homme à tendance une fois qu'il a pris une décision, à y adhérer et s'y conformer dès que l'occasion se présente ; et ce, même s'il sait qu'elle est erronée. On entre dans ce que Staw a appelé une escalade d'engagement qui fait qu'on a tendance à s'« accrocher » à une décision initiale, même si elle est remise en question par les faits. Comme le disent Joule et Beauvois *« l'individu rationalise ses comportements en adoptant après coup des idées susceptibles de les justifier. Nous avons montré, par exemple, qu'une personne amenée par les circonstances à tenir un discours en contradiction avec ses opinions modifiait a posteriori celles-ci dans le sens d'un meilleur accord avec sa conduite ».*

La personne finit par être persuadée du bien-fondé de sa nouvelle opinion. Ceci est vrai dans divers domaines, par exemple sur le plan professionnel, on rechigne *« généralement à avouer à un supérieur hiérarchique qu'on est un guignol et qu'on a choisi une solution technique complètement aberrante pour tel ou tel projet »*. L'individu a tendance à se tenir à sa première décision et à la défendre envers et contre tout. L'effet de persévération repose sur l'engagement d'une personne dans sa première décision.

L'engagement a plusieurs effets. Les premiers actes attendus sont conformes aux idées et aux motivations d'un individu, on parle « d'actes non problématiques ». Les seconds actes sont contraires aux idées et aux motivations de l'individu, ici, on parlera « d'actes problématiques ». Selon Joule et Beauvois, *« sur le plan comportemental, l'engagement dans une conduite donnée peut avoir deux types de conséquences. D'abord, il rend la conduite concernée plus stable ou plus résistante dans le temps, ensuite il rend plus probable*

[16] D. ANZIEU, J. Y. MARTIN. (1968). La dynamique des groupes restreints. PUF.

l'émission de nouvelles conduites allant dans le même sens, ou plus exactement, de nouvelles conduites relevant de la même identification que l'acte engageant ».

Les conditions à l'engagement sont la « visibilité », « l'irrévocabilité des actes » et le « contexte de liberté ». Joule et Beauvois ont mis en avant l'importance du « sentiment de liberté » dans les phénomènes de persévération des décisions. Ce phénomène est très utilisé en management. En effet, *l'individu qui a pris une décision sous la contrainte se sentira nettement moins engagé par son acte que celui qui l'a pris « librement » ».*

La manifestation la plus spectaculaire de l'engagement est la technique dite « du pied dans la porte » (foot-in-the-door). Cette technique a des effets sur les intentions d'action, les actions elles-mêmes et les attitudes. Dans un premier temps, on demande peu à un individu, par après on essaye d'obtenir bien plus. Parmi les nombreuses expériences menées sur l'effet de la technique « du pied - dans - la porte », on citera brièvement une expérience menée par R. V. Joule en 1994 dans le champ de l(a)'(ré)insertion professionnelle. Joule a utilisé l'engagement pour faciliter l'insertion des chômeurs. Les stages de formation proposés par l'ANPE sont peu engageants.

Pour mener à bien son expérience, l'auteur a fait appel à deux groupes. Le premier groupe a participé au stage de formation selon les dispositions habituelles (stage non rémunéré, présence obligatoire, respect des horaires, contraintes financières…). Le second groupe a reçu la même formation que le premier, elle fut assurée par le même formateur. Une variable a été modifiée : les sujets étaient libres d'assister ou non. Après quelques semaines la formation, la position professionnelle mais également la satisfaction des participants furent évaluées. Le second groupe avec engagement a vu un taux de 56 % d'insertion contre 26 % pour le premier. On voit que l'engagement est utilisé pour faire changer les gens. Plusieurs autres techniques existent que l'on retrouve même dans notre vie quotidienne. On citera sans les développer : la porte-au-nez (foot-in-the-mouth), l'étiquetage (labbeling), l'amorçage (low-ball), etc. Si on reprend l'exemple cité plus haut où on devait passer un coup de fil sans GSM, ni argent. Le fait de demander l'heure au passant constitue en fait un « acte préparatoire » qui vise à obtenir en second temps le comportement que l'on désirait obtenir en réalité. Cette technique est plus efficace que le simple fait de demander de l'argent directement à un passant, libre ou non de vous aider.

On le voit, amener un changement chez un individu, cela ne s'improvise pas.
Comme l'ont dit Crozier et Friedberg *« le changement réussi…est le résultat d'un processus collectif à travers lequel sont mobilisées, voir créées, les ressources et capacités des participants nécessaires pour la constitution de nouveaux jeux dont la mise en œuvre libre – non contrainte – permettra au système de s'orienter ou de se réorienter comme un ensemble humain et non comme une machine ».*[17]

L'objectif est d'obtenir un changement durable des comportements des acteurs de terrain. Pour P. Watzlawick[18], la question n'est pas « *que faut-il penser pour changer ? » mais « comment penser autrement pour favoriser le changement ? ».*

Dans un article récent, J. Therer[19] plaide en faveur « *d'un nouvel humanisme émotionnel qui privilégierait les changements de comportements au service d'une société plus équitable et plus généreuse ».* Il aborde la manière de susciter des changements de comportement. Selon lui, un constat s'impose : *« l'information et l'exhortation, pures et simples, n'ont guère d'impact sur les comportements effectifs de nos semblables ».*
De nombreuses expériences ont été menées confirmant cette théorie.

Les résistances au changement sont de l'ordre de trois niveaux. Certaines résistances sont liées à la collectivité et au caractère plus ou moins imposé des changements par une quelconque autorité. Des résistances sont également liées à l'individu en lui-même. Elles sont liées d'une part à l'inertie inhérente à chaque homme et d'autre part, à l'anxiété perçue par la perspective du changement. D'autres résistances, enfin, sont liées aux interactions au sein d'un groupe. Coch et French concluent qu'il est nécessaire *« de préparer les changements par une discussion en groupe, non seulement pour communiquer aux membres le besoin de changement, mais encore pour créer les conditions de la participation du groupe à la préparation et à la mise en œuvre de ce changement ».*

[17] M. CROZIER, E. FRIEDBERG. (1977). L'acteur et le système. Eds du Seuil.
[18] P. WATZLAWICK. Faites vous-même votre malheur. Eds Seuil.
[19] J. THERER (2006). Changer les comportements… Oui mais comment ?

La formation au RAI vise une nouvelle philosophie, un réel changement des mentalités et des comportements dans les secteurs d'activités que sont les soins à domicile et les secteurs des maisons de repos et de soins.

Les travaux de l'école de Palo Alto, notamment ceux de Bateson et de Watzlawick, ont permis le développement d'une nouvelle pédagogie du changement. Bateson distingue deux types de changements. Le premier type (type I) vise à maintenir l'homéostasie du système dans lequel s'opère un changement. Le deuxième type de changement (type II) voit une modification du système soit par lui-même, soit par une source extérieure. Ce second type de changement permet une évolution ; les règles qui régissent le système humain sont transformées.

Ce changement, dit de type II, implique un processus d'apprentissage qui porte sur *« un changement des prémisses, d'attitudes mentales qui produiront en retour un changement dans le système »*[20]. Bateson a distingué quatre niveaux d'apprentissage. Le niveau 3 le plus élevé vise un réel changement des mentalités et des individus, ce qui permet d'accéder à un changement de type II et d'obtenir une réelle évolution.

L'implantation de la démarche RAI entraînera une modification des comportements des professionnels de terrain. La formation RAI, fruit d'une concertation au sein des équipes de recherche, doit donc dépasser la simple transmission d'un savoir. Elle s'intéresse également à un réel changement des comportements, des mentalités, de la culture au sein des secteurs de soins concernés. Il est donc important de se baser sur un cadre théorique solide et d'utiliser des outils pédagogiques qui permettent d'atteindre ces objectifs, ce qui explique le choix d'outils repris dans le coffret pédagogique. Comme on l'a vu ci-dessus, il est important de recourir aux sessions de groupe dans un premier temps. Par la suite, une fois les équipes formées, l'e-learning pourrait être développé en vue d'assurer une formation continue des professionnels de terrain.

[20] F. KOURILSKY. Du Désir au Plaisir de Changer. Eds Belliard.

B - Objectifs généraux de la formation au RAI et à sa démarche

Présentés de façon synthétique, ces objectifs sont de :

- développer les capacités des apprenants à compléter et encoder l'instrument d'évaluation InterRAI ;
- stimuler les apprenants à utiliser la démarche RAI dans sa totalité ;
- aboutir, à terme, à un réel changement des comportements, de culture.

3 Modules de formation

1. Public cible

Le public ciblé par la formation est constitué de :

i. Dans un premier temps : les formateurs – relais désignés dans les structures SISD et MRS de Belrai 2007 (= référents BELRAI) (développement de la culture institutionnelle)

ii. Dans un second temps = les formateurs-relais s'adresseraient au (selon le principe de cascade qui a prévalu dans BelRAI 2006) :

1. Personnel soignant des MRS dont les gestionnaires, les médecins coordinateurs et les médecins traitants
2. Professionnels du secteur des soins à domicile, y compris les médecins généralistes concernés
3. Perspectives :
   a. formations continuées de professionnels
   b. les futurs professionnels : médecins, infirmiers, paramédicaux.

2. Contenu

D'un point de vue théorique, la formation aborde l'ensemble de la démarche RAI.

1. L'historique de la démarche ainsi que le contexte dans lequel elle s'insère est mentionné.
2. Les étapes de la démarche RAI ainsi que les trois outils de base sont détaillés.
3. Les aspects liés à la protection de la vie privée.
4. L'instrument d'évaluation InterRAI et les GAD sont abordés afin de permettre aux futurs utilisateurs d'en faire usage.

3. **Organisation**

Deux journées sont prévues afin d'aborder les différents aspects de la formation, elles reprennent :

1. L'utilisation d'un outil projectif
2. Une présentation de la démarche RAI (son histoire, sa définition, son utilisation de par le monde)
3. Un vidéogramme
4. La formation à l'utilisation de l'application web vise deux objectifs :
   a. Permettre aux participants de prendre contact avec l'outil informatique et le dédramatiser
   b. Apprendre aux utilisateurs à utiliser l'application web dans toutes ses potentialités

   Les participants apprennent directement sur PC à utiliser l'application web. Une demi-journée est prévue à cet effet, dans le but de permettre aux participants de poser leurs questions et d'évoluer. Il est important qu'ils soient capables d'utiliser l'application dès la fin de la formation.
5. Quelques suggestions de mise en œuvre de la démarche au sein de l'institution

Une demi-journée est prévue après plusieurs semaines d'utilisation de la démarche sous la forme de « questions-réponses ».

Qui doit bénéficier de l'entièreté de la formation ?

Il est certain que le personnel des MRS, en ce compris le gestionnaire, doivent bénéficier de l'ensemble de la formation. Si le gestionnaire est impliqué dans le processus d'implantation de la démarche au sein de son institution, il pourra non seulement découvrir l'avantage du RAI mais également assister son équipe et adapter son management.

En ce qui concerne le secteur du domicile, les professionnels se rendent au domicile des clients en fonction des impératifs de leur planning. Les acteurs se rencontrent peu ou pas, ce qui réduit les possibilités d'échanger sur le cas des clients suivis. Le projet BelRAI 2006 avait mis en évidence un des avantages de la démarche qui est de permettre aux professionnels de se rencontrer autour du client, et au client de participer plus activement à la prise en charge de sont état… De nombreux intervenants du domicile sont d'avis que le plan de soin

pluridisciplinaire est nécessaire, surtout dans le contexte d'une situation de soins complexes. Cependant, le problème du domicile consiste à organiser des réunions où chaque intervenant pourrait être présent. Il est donc important de perfectionner une toute autre manière de communiquer. En premier lieu, un outil commun, compris par tous, tel que la démarche RAI, est donc bienvenu dans ce contexte.

Deuxièmement, la qualité de la formation à l'utilisation du RAI est importante. Si l'utilisateur maîtrise bien l'outil, il sera plus sécurisé et comprendra mieux les réponses/évaluations des autres intervenants. Des exemples de mode d'organisation peuvent inciter à penser qu'à domicile, l'utilisation du RAI n'est pas impossible. Le vidéogramme s'applique à faire passer cette information. Des exemples filmés concernant la prévention, les tests de santé, l'étendue des problèmes d'une personne âgée peuvent suggérer que chaque soignant ne peut, à lui seul, toujours enregistrer les informations concernant ce client. Montrer l'avantage de pouvoir utiliser les informations d'autres intervenants pour faire sa propre évaluation est une autre manière de promouvoir la pluridisciplinarité.

Le public visé par une formation complète est constitué par les infirmières du domicile en premier abord. Une sensibilisation des autres professionnels (médecins, paramédicaux, aides familiales et ménagères, aides-soignantes) peut également se faire.

4 Support pour la formation : le coffret

Pour accompagner et aider les formateurs, un coffret pédagogique contenant plusieurs outils est développé.

Le coffret contient

a) les instruments d'évaluation InterRAI (HC et LTCF) ainsi que leurs manuels d'utilisation ;

b) un outil projectif : le questionnaire d'Osborn ;

c) un vidéogramme ;

d) un mémento ;

e) un outil destiné à l'évaluation du formateur : l'hexagrille.

Le contenu du coffret est modulable et permet de s'adapter au public visé.

1. Outil projectif : le questionnaire d'Osborn

Son objectif est de recueillir, en un minimum de temps, les attentes et les inhibitions d'un groupe de personnes face à un problème dûment défini. Dans le cadre de la démarche RAI, il est important de laisser les futurs utilisateurs exprimer leurs avis, leurs attentes, leurs représentations, leurs craintes… par rapport à la démarche RAI. Si on s'intéresse à ce qui a été dit dans le point précédent mais aussi à l'intervention en organisation, on sait qu'une méthode efficace est d'amener les individus eux-mêmes à assumer le processus de changement au sein de leur système.

Une des techniques efficace est d'instaurer des discussions ce qui permet de *« découvrir les problèmes réels, de lever les fantasmes, les angoisses, les préjugés »* des individus et par là d'aboutir à un changement. L'utilisation d'un outil projectif permet d'atteindre cet objectif.

Le mode d'emploi du questionnaire est le suivant :

- le questionnaire est utilisable avec des groupes de 6 à 20 personnes ;
- chaque participant reçoit un questionnaire et répond à 12 questions ;
- le formateur récupère les documents et les découpe en 12 lots en fonction des 12 questions ;
- les participants synthétisent les opinions relatives à 1 ou 2 questions en vue d'une interprétation générale.

2. Vidéogramme

Tout d'abord, la réalisation d'une vidéo est conforme au contenu du contrat de recherche : *« Pour faciliter l'apprentissage, l'équipe de recherche réalisera un film vidéo reprenant un jeu de rôle entre un soignant et un client au cours duquel le soignant complète le MDS. Cette vidéo pourra également illustrer l'ensemble de la démarche… ».*

Titre *:* « La démarche RAI : de l'anamnèse au dialogue »

Le rôle du vidéogramme est de permettre à l'apprenant d'entrer en contact avec l'instrument d'évaluation InterRAI et de le remplir après observation attentive d'un cas pratique montré sur la vidéo. Le scénario (story-board) de la vidéo se trouve en annexe 16 et est le fruit de la collaboration de l'équipe de recherche LUCAS/KUL-DSSP/ULg.

Le contenu est le suivant :

- une introduction qui aborde sous la forme d'images le contexte dans lequel nous vivons, le besoin de communication,…
- le contexte dans lequel s'intègre la démarche RAI dans notre pays est abordé sous forme d'image. On explique le vieillissement de la population, l'augmentation de la demande en soins, l'accroissement des coûts et une offre limitée ;
- la démarche RAI est brièvement définie ;
- deux casus sont développés avec l'objectif de permettre aux participants de remplir un instrument d'évaluation InterRAI et de véhiculer les messages de la démarche. Le story-board en annexe 16 reprend les objectifs de la vidéo en faisant le lien avec la démarche RAI ;
- quelques items plus difficiles sont illustrés, à savoir les niveaux de dépendance pour les AVQ ;
- quelques exemples d'organisation, c'est-à-dire « quand récolter les informations ? » et « par qui ? » sont également proposés ;
- une dernière partie aborde le cheminement des données au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Le vidéogramme est un outil destiné au formateur. Les participants sont invités à observer très attentivement un casus selon leur secteur d'activité (domicile ou MRS) et ensuite à remplir l'instrument d'évaluation InterRAI. Le formateur peut revenir sur les scènes pour l'apprentissage et l'illustration des choix de réponses.

Plusieurs objectifs sont illustrés au niveau de la vidéo (scénario en annexe 16) :

- l'objectif de la 1ère séquence est de surprendre le spectateur, le rendre curieux, le remettre dans des situations connues de stress ;
- l'objectif de la 2ème séquence est d'illustrer le contexte actuel tant au domicile que dans le secteur des maisons de repos et de soins ;
- l'objectif de la 3ème séquence est d'expliciter les motifs qui ont poussé à choisir l'outil RAI ;

- l'objectif de la 4ème séquence est d'expliquer brièvement les étapes de la démarche, son fonctionnement, ses outils (instrument d'évaluation InterRAI, guides d'analyse par domaine d'intervention, …) ;
- les objectifs de la 5ème séquence sont de donner plusieurs pistes pour récolter des informations, dédramatiser le fait que tous les intervenants ne peuvent se réunir, montrer des méthodes qui peuvent être plus « économiques » en temps ;
- les objectifs de la 6ème et la 7ème séquence sont d'amener les participants à entrer en contact avec l'instrument d'évaluation InterRAI, de faciliter l'apprentissage du remplissage de l'instrument d'évaluation. Pour cela, deux situations ont été développées : une pour le domicile et l'autre pour le secteur des MRS ;
- l'objectif de la 8ème séquence est d'illustrer les niveaux de codage pour les AVQ et les AIVQ ;
- l'objectif de la 9ème séquence est d'expliciter certains items jugés plus difficiles ;
- l'objectif de la 10ème séquence est d'expliquer le cheminement des opérations ainsi que la démarche dans sa globalité.

Atouts du vidéogramme :
Liens entre story-board/vidéo et grille d'évaluation RAI

Le vidéogramme proposé vise non seulement à comprendre la démarche RAI et à promouvoir son utilisation mais aussi à transmettre la philosophie du RAI, à faire véhiculer des messages de qualité de soins et à provoquer réflexions et débats.

C'est ainsi que le vidéogramme montrera que le GAD « risque d'escarre » permet des attitudes de prévention chez « tous » les intervenants, attitudes pas toujours soupçonnées chez l'autre. Le vidéogramme peut montrer un exemple d'intervention de chaque intervenant, comme montrer un kinésithérapeute en train de regarder le talon et le masser, une infirmière qui examine également le talon de son client et cherche à le décharger, un médecin qui ausculte, prescrit un traitement et donne des conseils à son client, ainsi qu'une aide familiale qui ajuste les coussins protecteurs.

La vidéo en voulant être un outil de prévention peut donner l'idée que les autres intervenants peuvent participer à l'action d'une personne initiatrice d'une action préventive. Le

vidéogramme peut impliquer toute l'équipe et valoriser chaque intervenant en particulier et surtout obtenir des résultats efficaces auprès du client.

Il peut être intéressant de « montrer » des tests de santé en attirant l'attention sur des domaines parfois moins connus ou moins retenus comme les problèmes de cognition, de dépression, de douleur et de surdité, etc.

Valoriser le manuel, les GAD et l'application web peut se faire par l'intermédiaire de scènes montrant un cas concret et où ces outils ont aidé à comprendre un item et à préparer un plan de soins.

Le vidéogramme peut montrer l'étendue des problèmes d'une personne âgée, problèmes parfois négligés comme la vue, l'ouïe, l'état psychosocial, la déshydratation, les problèmes de bouche, de peau, de sommeil, etc.
Des images montrant une infirmière relire le mémento et une voix off avec explications peuvent montrer que des outils d'aide peuvent être utilisés pour se rappeler ces problèmes parfois oubliés.

Le mémento permet aussi d'éviter de refaire une visite supplémentaire. Un entretien avec une personne âgée se déroulera rarement sans détours ou sans interruptions. Les observations souvent se feront pendant les soins et dans le désordre. Le mémento permettra de revoir en quelques lignes les différents thèmes abordés et de compléter l'entretien par des questions oubliées.

Suggérer que chaque soignant ne peut à lui seul toujours enregistrer toutes les informations sur un client, est un autre message à faire véhiculer. L'exemple retenu pour la vidéo est la gestion des médicaments, exemple qui montre une situation où chaque intervenant pense que l'autre surveille la prise des médicaments du client.
L'évaluation RAI permet dans cet exemple de mettre en évidence les défaillances de la gestion des médicaments. C'est grâce à la section « médicaments » que chacun sera informé de la réalité du terrain.

Utiliser les informations pluridisciplinaires peut aider à faire le diagnostic médical ou le diagnostic infirmier. Une évaluation de la douleur, de l'état de la peau, de l'état nutritionnel, une gestion des médicaments correcte, etc. peuvent permettre au médecin d'éclairer son diagnostic. Les informations multidisciplinaires permettent en général un meilleur suivi de l'état de santé du client.

Les scènes peuvent expliquer l'importance de poser plus d'une question pour évaluer la douleur, que la douleur ne se résume pas en « oui » ou « non, pas de douleur ». De même, la continence ne se résume pas à un lange ou absence de lange. Noter ces observations, organiser leurs transmissions permettra au médecin d'en bénéficier pour ses prescriptions.

Les items dits « difficiles » comme les AVQ et les AIVQ sont expliqués et dédramatisés en illustrant chaque étape de dépendance et d'indépendance par une scène montrant une position du client et celle du soignant. Les différents degrés de dépendance peuvent paraître plus clairs lorsqu'ils sont mis en scène et agrémentés de commentaires. Une compréhension plus aisée de ces situations peut faciliter son intégration. L'avantage des scènes enregistrées est qu'un retour sur images peut s'effectuer, aussi souvent que nécessaire, jusqu'à la compréhension parfaite des apprenants.

D'autres items sont jugés difficiles comme dans la section « Humeur et comportement ». L'exemple va montrer un débat entre plusieurs soignants d'avis contraire. La voix off expliquera que cette situation est liée au sujet délicat et non à l'item, qu'il est normal de devoir débattre avant de donner une réponse finale, que la démarche RAI provoque ces situations et montre l'importance des échanges. La voix off explique aussi que les observations sont différentes suivant le vécu de chacun, que plusieurs avis permettent de s'approcher de la vérité et donnent une évaluation plus objective de la situation du client.

L'interdisciplinarité sera mise en valeur aussi souvent que possible, par des images d'échanges entre les différents intervenants, voire des débats constructifs. Pour coller avec la réalité des terrains, ces échanges interdisciplinaires n'auront pas absolument lieu autour d'une table mais aussi par téléphone, mail ou par écrit.

Le manque de temps étant souvent évoqué lors des intervisions, l'organisation de la démarche prendra donc une place importante dans la réussite de l'application de cet outil.

Ainsi, devancer les réflexions et donner des pistes peut faire gagner du temps aux utilisateurs et favoriser leur adhésion à la démarche. Le vidéogramme s'attachera à montrer plusieurs modes d'organisation comme observer pendant un soin, se faire seconder par un référent RAI ou répartir les observations dans le temps ou entre intervenants.
La difficulté de se réunir à domicile ou même en institution, sera évoquée comme étant une difficulté dans le travail interdisciplinaire mais le film n'en restera pas là, il incitera au contraire à utiliser un outil commun, exemple : la démarche RAI.
Il s'attachera à montrer une systématisation, une répétition des observations et une organisation qui finalement permettront de gagner du temps.

Plusieurs exemples seront montrés. Ainsi, un soignant quitte précipitamment une réunion. On pourra observer que sa connaissance de l'outil lui permet de compléter les items par la suite avec seulement quelques indications écrites par le groupe.

Autres exemples : montrer que l'observation pendant les soins peut constituer un gain de temps et est moins « lourde » pour le client ; montrer que le soignant voyant le client plusieurs jours d'affilées peut « diluer » ses tâches ; montrer que systématiser les évaluations, inciter à observer deviennent des actes systématiques ; montrer l'intérêt d'alterner les visites de différentes infirmières, aides-soignantes pour obtenir des avis différents ; montrer qu'une titulaire de client peu habituée au RAI et un spécialiste RAI peuvent soigner ou s'entretenir ensemble ; montrer qu'un soignant peut discuter d'une divergence par GSM en ajoutant que ce moyen est une alternative à la réunion.

Toutes les séquences du vidéogramme ne seront pas montrées à tous les soignants. Ainsi les explications sur les AVQ s'adressent plus spécifiquement aux infirmiers qu'aux médecins.

3. Mémento

Les objectifs sont de :

- Créer un outil qui soit facile à utiliser par les professionnels
- Créer un outil qui peut être consulté à tout moment en vue de compléter les instruments d'évaluation InterRAI
- Aider les utilisateurs à se rappeler les « grandes lignes », l'outil permet aux soignants qui n'ont pas rempli le RAI depuis un long moment de retrouver des repères.

Vu l'emploi du temps chargé des soignants, nous nous sommes attaché à proposer un outil qui soit facile à utiliser (vocabulaire bref et clair). Le format doit être pratique et maniable. Le format 11 cm X 16 cm permet un rangement dans les poches des professionnels ou leur mallette. Le mémento doit être consultable à tout moment, dans toute situation de la vie quotidienne. Les premières pages seront identifiées par des pictogrammes, facilement reconnaissables. Les différents items y seront abrégés au maximum pour n'en garder que le rappel, le mémento ne pouvant devenir l'outil principal et donc inutilisable sans l'outil complet (manuel et PC).

Le contenu est le suivant :

- Les sections et les items abrégés du MDS
- Les icônes pour chaque section
- Les objectifs résumés pour chaque section
- Les recommandations pour l'entretien, les échanges
- Les recommandations pour compléter l'instrument d'évaluation InterRAI
- Les questions courantes rencontrées

4. Hexagrille

Elle permet au formateur d'évaluer la formation qu'il a dispensée et de s'améliorer. Chaque participant reçoit une grille et la remplit. Le formateur reprend les grilles et réalise une moyenne pour chacun des six aspects suivants :

- Réalisation des objectifs
- Qualité des apports théoriques
- Qualité de l'accueil

- Satisfaction personnelle
- Qualité des apports pratiques
- Transfert « vie professionnelle »

Qui forme-t-on ?

La première étape est de tester le coffret pédagogique.
Pour ce faire, les membres des SISD devront être formés à l'utilisation du coffret pédagogique afin de pouvoir l'utiliser auprès de leurs partenaires, professionnels soignants. Si nécessaire, les équipes de recherche constitueront une « réserve » de formateurs-relais. On pourrait associer quelques infirmier/ères relais de certaines organisations au groupe formé par les SISD.

Pour les MRS, les personnes déjà formées au sein des structures pourront à leur tour former leurs partenaires. Si nécessaire, des formateurs formés par les équipes de recherche pourront constituer une « réserve » de formateurs-relais.
Afin de garantir la qualité des outils, leur homogénéité et de suivre l'évolution des sciences pédagogiques, l'équipe de recherche peut continuer à assurer le développement du coffret.
Une fois la formation testée par les formateurs-relais, une évaluation devrait permettre d'envisager la généralisation du contenu de la formation.

Dans le cadre d'une implantation de la démarche RAI au niveau du pays, il est important de penser à deux aspects :

- La formation des acteurs de terrain
- La formation des futurs professionnels

Quelques options stratégiques doivent être débattues :

- Attacher, à moyen terme, une équipe de formateurs « agréés » à la création d'un « Centre BELRAI » : une équipe de formateurs à temps plein, pendant 3 ans, pour assurer la formation du territoire. Cette équipe permanente serait un gage de qualité, permettant d'assurer que le message véhiculé est identique quels que soient le public et le moment. Ces formateurs seraient formés sur base de l'expérience de l'équipe de recherche à l'utilisation du RAI et devraient poursuivre une formation continue dans ce domaine.

- Organiser des sessions régulières débouchant sur l'obtention d'un certificat peut être envisagé. Dans cette option, la formation devrait être également validée par InterRAI.
- Attacher des formateurs–relais internes aux grosses structures de soins à domicile, formés directement avec les SISD et/ou par les formateurs « agréés » du « Centre BelRAI ».
- Permettre de télécharger la présentation sur PowerPoint développée dans le cadre du coffret pédagogique sur le site Wiki, pour assurer l'uniformité de l'information.
- Proposer d'utiliser dans le site Wiki des extraits de l'outil vidéogramme : les plans filmés pour expliquer les AVQ et les AIVQ pourraient être utilisés sous forme de mini vidéo ou sous forme de photographies statiques dans le site Wiki. Les degrés de dépendance, de surveillance, aide limitée, aide maximale, peuvent être illustrés dans les différentes situations ; de même, « l'hygiène personnelle », « marcher » ou « la gestion des médicaments ». Les degrés de dépendance n'étant pas représentés par les mêmes gestes dans les différentes activités, il est parfois utile de le préciser en images. Ainsi une personne peut pouvoir s'alimenter seule en sachant ouvrir les emballages de produits alimentaires habituellement utilisés mais ne pas pouvoir prendre ses médicaments faute de pouvoir manipuler le contenant d'un médicament.
- Envisager l'intégration de la formation à la démarche RAI dans le cursus des futurs professionnels soignants, sous la forme d'apprentissages de résolution de problèmes complexes (ARPc) mettant en avant les atouts de la collaboration interdisciplinaire.
- …

5 Conclusion

La formation à la démarche RAI vise une nouvelle philosophie, un changement des mentalités et des comportements dans les secteurs d'activités que sont les soins à domicile et les maisons de repos et de soins. La phase de formation des futurs utilisateurs de la démarche RAI est un des piliers d'une implantation réussie de la démarche au sein de notre pays et ne peut être négligée.

Pour développer le volet « formation » en 2007, l'équipe de recherche a fait appel à l'expertise de pédagogues, tout en s'intéressant aux recherches et aux théories en matière de psychologie sociale.

Les propositions en termes de formation à la démarche RAI sont les suivantes :

- formation de formateurs de référence RAI qui, à leur tour, formeraient des relais (selon le principe de cascade) ;
- formation au RAI sur deux jours et demi, animée par un formateur RAI de référence ;
- public-cible relais : les professionnels des secteurs de soins concernés, y compris les médecins généralistes.

Un « coffret pédagogique » destiné aux formateurs RAI est en cours de développement. Il sera composé des éléments suivants :

- Un vidéogramme (illustrant l'ensemble de la démarche)
- Un mémento (guide de poche à l'usage des professionnels reprenant les sections de l'instrument d'évaluation)
- Un CD rom avec les outils d'évaluation InterRAI, les manuels d'utilisation, les guides d'analyse par domaine d'intervention, une présentation power point
- Un outil projectif (questionnaire d'Osborn)
- Un outil destiné à l'évaluation du formateur (hexagrille)

Chapitre 3 : aspects de sécurisation et de respect de la vie privée

1 Introduction

Ce document décrit la politique de protection de la vie privée de l'application web BelRAI, c'est-à-dire toutes mesures prises pour protéger la protection de la vie privée des clients et des soignants. Ce texte est publié sur l'application web BelRAI et est montré automatiquement à chaque nouvel utilisateur quand il visite l'application web pour la première fois. Les soignants doivent approuver le texte pour pouvoir utiliser l'application web.

Le but est d'annoncer dans le détail la politique de protection de la vie privée politique dans l'application actuelle BelRAI 2007 et d'énumérer les aspects de la protection de la vie privée qui seront probablement (2008) développés dans l'avenir. Ces derniers ne seront pas publiés sur l'application web.

2 Mesures de protection de la vie privée sur l'application web Belrai.org

Les informations qui sont réunies et traitées sur l'application web BelRAI sont individuelles et peuvent être sensibles. Pour cette raison, beaucoup de mesures ont été prises pour garantir la protection de la vie privée des intéressés (clients et soignants) de l'application web. Cette page donne un aperçu de ces mesures et de vos droits en tant qu'utilisateur. Actuellement, les professionnels de la santé peuvent uniquement intervenir en tant qu'utilisateurs dans le système.

Le projet BelRAI se fixe pour objectif d'examiner les avantages et inconvénients de l'utilisation du « Resident Assessment Instrument » (RAI) dans les soins pour les personnes âgées qui résident à leur domicile ou dans une Maison de Repos et de Soins. L'étude émane du Ministère de la Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement. La recherche se réalise sous la responsabilité du Professeur Dr. Anja Declercq de la KULeuven et du Professeur Dr. Christiane Gosset de l'Université de Liège. Cette étude ne concerne nullement le traitement ou les soins d'un client.

Chaque intéressé est mis au courant clairement via le texte ci-dessous du but du traitement des données et de l'identité des responsables.

Au sein du projet, un intérêt tout particulier a été accordé à tester l'application. Au sein de cette application, l'identité des professionnels de la santé est aussi traitée. Le responsable pour le traitement de vos données personnelles dans ce projet est :

- Pour les Francophones : Prof. Dr. Christiane Gosset, Département des Sciences de la Santé Publique, Université de Liège - Bât. B23, 3, Avenue de l'hôpital, 4000 Liège
- Pour les Néerlandophones : Prof Dr. Anja Declercq, K.U.Leuven - LUCAS, Kapucijnenvoer 35 blok d - bus 7001, 3000 Leuven

Les données qui seront réunies à votre propos contiennent entre autres votre nom, votre adresse professionnelle, vos données de contact, le dernier moment auquel vous vous êtes connectés et votre rôle dans le processus de soin. Elles ont comme but de pouvoir traiter l'information des clients et de déterminer votre accès à ces clients. Votre nom peut être éventuellement repris dans la liste (des catégories) de personnes compétentes (déterminé à l'Art. 25, 1° de l'AR du 13 février 2001 portant exécution de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel).

Dans les points suivants, vous pouvez en savoir plus au sujet de votre accès à l'application, à l'encryptage de vos données, du consentement éclairé et de votre droit d'accès.
Nous tenons à vous préciser que vos données seront uniquement utilisées par les partenaires du projet BelRAI et ne seront pas transmises à des tiers à l'extérieur du projet.

Dans les rapports externes, l'identité sera rendue complètement anonyme. De même, toutes les personnes qui ont un accès possible aux données de santé des clients sont également liées par une obligation de confidentialité. Ils sont obligés de garder à l'esprit le caractère confidentiel des données récoltées. (déterminé à l'Art. 25, 3° de l'AR du 13 février 2001 portant exécution de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel).

2.1 Restriction d'accès dans la pratique

L'accès à l'information sur l'application web BelRAI est limité selon le principe «need to know» : les soignants peuvent uniquement consulter les informations au sujet des clients qui leur sont strictement nécessaires pour procéder à la prise en charge de leurs clients. Les mesures suivantes garantissent le respect de ce principe :

- L'accès est accordé aux soignants sur base d'un login individuel et d'un mot de passe. Le gestionnaire du système veille à ce que les soignants qui n'utilisent plus l'application web depuis plus de 30 minutes soient automatiquement déconnectés.
- Chaque soignant se voit attribuer un certain rôle qui est relié à sa fonction dans le processus de soin. Sur base de ce rôle, le soignant accède à certaines pages sur l'application web (en fonction de ce que l'on peut faire sur l'application web) et à certains types d'informations au sujet d'un client (par exemple médicales, sociales, comportementales, etc.). Pour le remplissage de questionnaires RAI spécifiques, on peut - si nécessaire et au sein de limites fixées au préalable - étendre l'accès à certains types d'informations ou la limiter pour certains rôles.
- Chaque client a « un gestionnaire de client » qui seul, peut adapter le profil d'un client. Le gestionnaire de client détermine aussi quels soignants ont accès à ce client en faisant le client membre de groupes et en donnant à ces soignants un accès individuel au client. En d'autres termes : un soignant a accès aux données d'un client s'il est membre du même groupe ou s'il a obtenu un accès individuel à ce client. Le gestionnaire du client peut adapter cet accès à chaque moment ou le supprimer.
- Les clients et les soignants peuvent faire partie de groupes qui peuvent être structurés hiérarchiquement. Les soignants dans un groupe ont accès aux clients dans leur groupe et dans tous les groupes sous-jacents. C'est « le gestionnaire de groupe » qui peut rendre un soignant membre d'un groupe.

Pour l'accès spécifique des rôles aux fonctions de système dans le système BelRAI en ce moment (15/1/2008), voir annexe 9 « Matrice d'accès aux rôles et fonctions du système»

Pour l'accès spécifique des rôles aux questions types dans le système BelRAI en ce moment (15/1/2008) voir annexes 10. « Matrice accès aux rôles et questions types »

2.2 *Encryptage des données*

Les données du client que vous échangez sur l'application web avec les autres professionnels de santé au sein de l'application BelRAI sont verrouillées pour un tiers (par exemple : quelqu'un qui pirate les ordinateurs), si bien qu'il est impossible de savoir quelles données ont été envoyées. Le verrouillage est appliqué sur base SSL.

2.3 *Admission par le client*

Avant que ses données ne puissent être gardées dans le système BelRAI, le client doit avoir donné son autorisation en signant un formulaire de consentement éclairé (voir annexe 3). Le système ne permet la création d'un nouveau client que si le formulaire de consentement éclairé est signé.

Un client peut décider de retirer son « consentement éclairé ». Le formulaire de consentement éclairé est normalement gardé par le gestionnaire de client ou l'administration de son institution.
Un client a le droit de consulter ses données conservées dans le système BelRAI. Pour cela, le mieux est de prendre contact avec le gestionnaire de client. Donc, si le client demande l'accès à ses données, il faut donc le renvoyer vers son gestionnaire de client. Dans le cas où le client est représenté (p.ex. : handicap mental profond, …), seul le représentant peut demander l'accès aux données du client (et pas le client lui-même).

2.4 *Droit d'accès et de rectification*

Vous aussi avez un droit d'accès à vos propres données qui sont traitées au sein de l'application. Vous avez aussi le droit de les modifier. Cela signifie que vous, dans ce cas, pouvez gratuitement faire corriger toutes vos données personnelles incorrectes et/ou incomplètes. Pour user de votre droit d'accès et de rectification, ou pour toute autre question, vous pouvez prendre contact avec la personne de contact ci-dessous :

- Pour les Francophones : Prof. Dr. Christiane Gosset, Département des Sciences de la Santé Publique, Université de Liège - Bât. B23, 3, Avenue de l'hôpital, 4000 Liège, tel. 04/366.20.88., e-mail helpdesk@belrai.org .

- Pour les Néerlandophones : BelRAI helpdesk, K.U.Leuven - LUCAS, Kapucijnenvoer 35 blok d - bus 7001, 3000 Leuven, tel. 016/33.69.17 (ma-vr 10u-11u), e-mail helpdesk@belrai.org .

Vous pouvez également écrire un courrier au responsable du projet.

Pour plus d'informations, vous pouvez aller sur le site Wiki : http://wiki.belrai.org/fr ou http://wiki.belrai.org/nl où vous trouverez, entre autres, la liste des FAQ relatives à la protection de la vie privée.

3 Protection actuelle dans BelRAI

3.1 Politique de protection de la vie privée et consentement éclairé

La politique sur la protection de la vie privée du projet BelRAI a été décrite dans le document intitulé "privacy policy", disponible sur les sites http://wiki.belrai.org/nl et http://wiki.belrai.org/fr.

En principe, l'accès aux informations contenues dans l'application web BelRAI est limité, conformément à la théorie du *"need to know"* : les soignants ne peuvent consulter que les informations relatives à leurs clients et dont ils ont strictement besoin pour prodiguer leurs soins. L'accès n'est, en outre, octroyé aux soignants que moyennant accord écrit explicite du client, via un formulaire de "consentement éclairé" (annexe 3). Le système ne permet pas de créer un nouveau dossier client sans la déclaration prouvant que ce type de formulaire a été signé.
Le formulaire de "consentement éclairé" est, généralement, conservé par le gestionnaire de client ou par l'administration de son institution.

3.2 Accès aux clients

L'accès est octroyé aux soignants via un login individuel et un mot de passe. Le gestionnaire du site veille à ce que les soignants qui n'utilisent plus l'application web depuis plus de 30 minutes soient automatiquement déconnectés.
La politique d'accès mise au point par BelRAI prévoit une certaine flexibilité entre les différentes situations de soins ("intra muros" et "extra muros"), tout en garantissant la vie privée des clients dans toutes ces situations.

3.2.1 Gestionnaire de client

Etre "gestionnaire de client" est une tâche spécifique exercée par un soignant pour un client. Il s'agit d'une sorte de relation de confiance entre le client et le soignant dans le cadre de laquelle l'un confie à l'autre la mission de gérer ses données dans BelRAI et de veiller à la protection de sa vie privée.

Le gestionnaire de client est la seule personne pouvant adapter le profil du client dans le système (ses données personnelles telles que la date de naissance, l'état civil, le niveau de formation, etc.). C'est, en outre, la seule personne pouvant décider des soignants qui auront accès au dossier du client[21], par exemple en rendant le client membre[22] des groupes et/ou en octroyant aux soignants un accès individuel au dossier du client.

En d'autres termes, un soignant n'a accès aux données d'un client que s'il est membre du même groupe ou s'il a reçu un accès individuel au dossier de ce client. Le gestionnaire de client peut, à tout moment, adapter ou supprimer cet accès.
Remarque : les soignants qui peuvent créer des clients sont définis dans BelRAI (voir 2.3.1 Accès aux fonctions du système).

3.2.2 Gestionnaire de groupe

Les clients et les soignants peuvent appartenir à des groupes organisés hiérarchiquement. Les soignants membres d'un groupe ont accès aux dossiers des clients appartenant à leur groupe et à tous les groupes sous-jacents. Le gestionnaire de groupe est responsable de l'affiliation d'un soignant dans un groupe.

L'accès lié au groupe d'appartenance est donc basé sur la combinaison des relations de confiance "gestionnaire de client" (à quels groupes mon client peut appartenir) et "gestionnaire de groupe" (quels soignants peuvent faire partie de mon groupe). Le gestionnaire de client a donc la certitude que le gestionnaire de groupe est responsable de l'entrée dans son groupe des soignants qui sont nécessaires pour le processus de soins.

Seuls certains soignants (par ex .médecin, infirmière chef) peuvent créer des groupes (avec au moins un gestionnaire de groupe et d'éventuels soignants) dans le système BelRAI. Les soignants qui peuvent créer des groupes sont attachés dans BelRAI (voir 2.3.1 Accès aux fonctions du système).

[21] Note : celui qui crée le client peut le faire membre d'un groupe ou lui donner un accès individuel. C'est la plupart du temps, mais pas nécessairement, le gestionnaire du client.
[22] Un « membre » est quelqu'un qui fait partie d'un groupe : aussi bien les soignants que les clients peuvent être membres d'un groupe.

3.2.3 Responsable de questionnaire

Il existe, outre le gestionnaire de client et le gestionnaire de groupe, une troisième tâche spécifique qu'un soignant peut occuper dans le système. Le responsable de questionnaire est un soignant chargé de la validation et de la fermeture du questionnaire. À l'expiration du délai, le responsable peut encore répondre à des questions, prendre des décisions sur d'éventuelles réponses contradictoires, faire calculer les résultats et, enfin, clôturer le questionnaire.

3.2.4 En résumé

Le schéma ci-dessous illustre la hiérarchie de groupe et la politique d'accès à BelRAI.

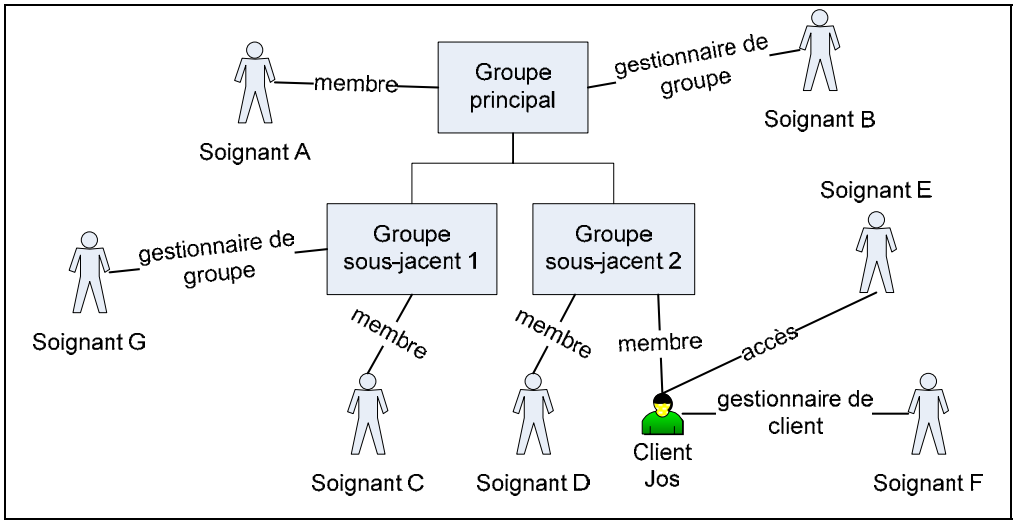


Figure 1 : Politique d'accès à BelRAI

Cette figure représente un groupe principal et deux groupes sous-jacents. Le soignant B est le gestionnaire de groupe du groupe principal et a donc décidé que A en était membre et que les groupes 1 et 2 en étaient les groupes sous-jacents.

Le soignant F est gestionnaire de client de notre client Jos. Après lui avoir fait signer le formulaire de « consentement éclairé », F a décidé que Jos était membre du groupe sous-jacent 2.

Les personnes suivantes figurant dans le schéma ont accès aux données du client Jos :

- le soignant F, parce qu'il est gestionnaire de client ;
- le soignant D, parce qu'il est membre du même groupe (groupe sous-jacent 2) ;
- le soignant E, parce que le gestionnaire de client lui a donné un accès individuel au dossier de Jos ;
- les soignants A et B (gestionnaires de groupe) parce qu'ils sont membres du groupe principal.

Les personnes suivantes n'ont pas accès au client Jos :

- le soignant C parce qu'il n'est pas membre du groupe sous-jacent 2 ;
- le soignant G (gestionnaire du sous-groupe 1) parce qu'il n'est pas membre du groupe sous-jacent 2.

Exemple de scénario

Jos a atteint l'âge de 80 ans. Il habite encore dans sa maison mais a été provisoirement admis à l'hôpital pour un problème cardiaque. Pour pouvoir lui faire une première évaluation RAI, l'infirmier en chef du service de « Cardiologie » a téléchargé et imprimé un formulaire de « consentement éclairé » sur l'application web BelRAI. Il a expliqué à Jos ce qu'il voulait faire avec BelRAI et ils ont parcouru ensemble le formulaire que Jos a signé. Jos a choisi son médecin généraliste comme gestionnaire de client.
L'infirmier en chef crée Jos en tant que nouveau client dans BelRAI et sélectionne son médecin généraliste comme gestionnaire de client. Il transmet (par la poste) à celui-ci le formulaire de « consentement éclairé » et lui demande d'inscrire Jos dans le groupe du service de Cardiologie de son hôpital.

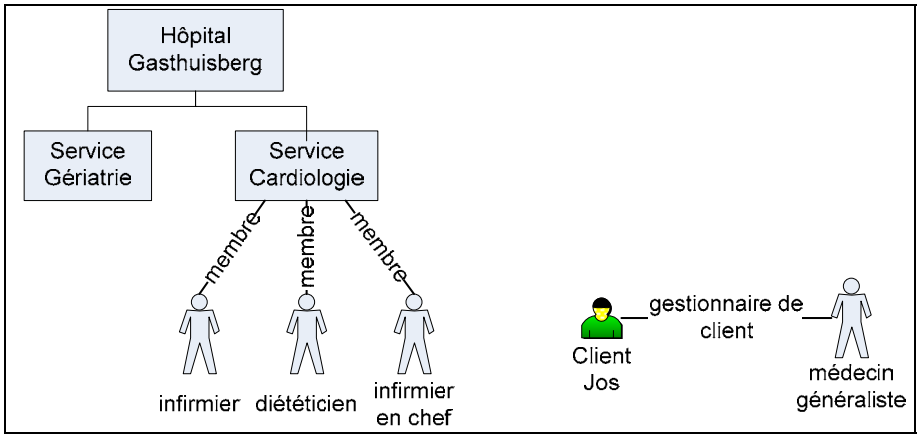


Figure 2 : Scénario, étape 1

Le médecin généraliste se connecte au système BelRAI et clique sur "mes clients". Il voit que Jos en fait partie. Il va à la page de détails de Jos et, ensuite, à la page de gestion de groupe. Il ajoute Jos comme membre du groupe de "Cardiologie", dans l'hôpital Gasthuisberg.
L'infirmier, le diététicien et l'infirmier en chef du service Cardiologie ont, dorénavant, accès à Jos dans BelRAI. L'infirmier en chef peut donc commencer un nouveau questionnaire RAI pour Jos et le faire compléter par les personnes chargées de lui prodiguer des soins (voir ci-dessous).

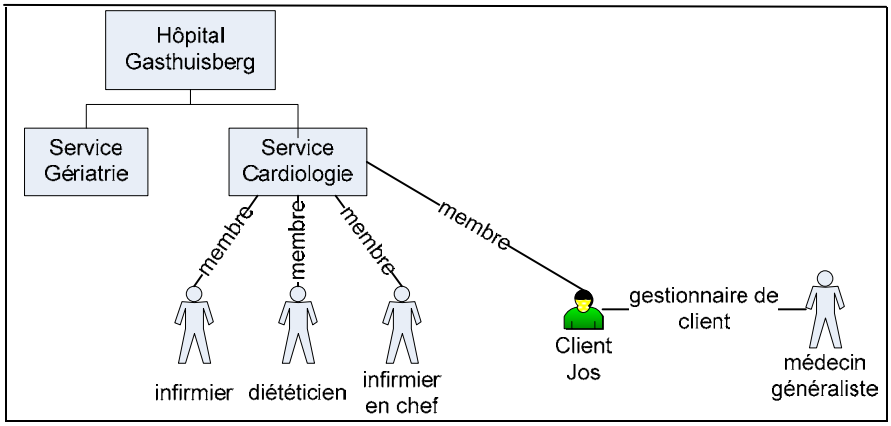


Figure 3 : Scénario, étape 2

Jos peut quitter l'hôpital après 2 semaines, mais un infirmier à domicile doit encore lui prodiguer des soins deux fois par semaine, pendant deux mois. Après un mois, son infirmier à domicile, employé des « Soins à domicile » de Louvain, doit compléter un formulaire RAI

pour lui. Pour ce faire, il demande au médecin généraliste de Jos d'inclure ce dernier dans le groupe « soins à domicile » de Louvain. L'infirmier du domicile a, maintenant, accès aux données de Jos dans le système BelRAI. Puisque Jos n'est plus à l'hôpital, son médecin généraliste peut l'exclure du groupe « service de cardiologie ».

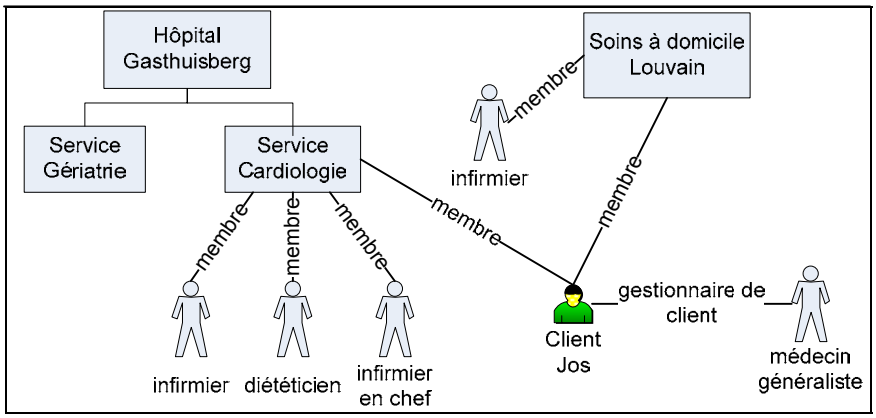


Figure 4 : Scénario, étape 3

3.3 Filtres de sécurité

"Avoir accès" à un client, tel que décrit au point 3.2, n'est qu'un premier filtre de sécurité dans le système BelRAI. Ce rôle revient, en outre, au soignant qui dans le processus de soins détermine ce que ce soignant peut faire avec un client dans le système.

Chaque soignant dans le système joue un rôle particulier[23] lié à sa fonction dans le processus de soins. Cet accès basé sur le rôle détermine pour chaque soignant :

- les fonctions qu'il peut exercer sur le site web (par exemple débuter des questionnaires, examiner des résultats, créer un nouveau client, etc.) ;
- les questions-types qu'il peut consulter pour un client (par exemple médicales, sociales, comportementales, etc.).

3.3.1 Accès aux fonctions du système

Une première matrice d'accès détermine les rôles du système qui ont accès à telle ou telle fonction (annexes 9).

[23] Un « rôle » est ce qu'un soignant doit faire dans le processus de soin d'un client. Cela est étroitement lié à la « fonction » qu'exerce le soignant (par ex : infirmier, médecin, directeur). Le diplôme est une condition pour pouvoir exercer une fonction particulière.

Exemples de rôles : médecin, infirmier en chef, infirmier, kinésithérapeute, assistant social, diététicien.

Exemples de fonctions du système : examiner ses propres réponses, examiner les réponses du responsable de questionnaire, examiner toutes les réponses du responsable de questionnaire, calculer les résultats des questionnaires, créer des clients, créer des groupes, débuter le questionnaire, compléter le questionnaire.

Cette matrice est déterminée pour l'ensemble du système et il n'est pas possible de déroger à ces droits d'accès.

Fonction du système / Rôle	**Examiner les réponses personnelles**	**Examiner les réponses du responsable de questionnaire**	**Créer des clients**	**Compléter le questionnaire**	**Débuter le questionnaire**
Médecin	X	X	X	X	X
Infirmier en chef	X	X	X	X	X
Infirmier	X	X		X	X
Kinésithérapeute	X			X	
Diététicien	X			X	

Tableau 1 : Exemple de matrice de rôles/fonctions du système (extrait)

NOTE : Ce tableau n'est qu'un exemple. L'accès concret de tous les rôles aux fonctions du système dans le système BelRAI, tel que discuté avec le secteur les 9 et 11 avril 2008 se trouve en annexe 9-«Matrices : accès aux fonctions du système en fonction des catégories de professionnels » La définition exacte de la matrice "rôles et fonctions du système" dans BelRAI fait, en ce moment, à nouveau l'objet d'une étude afin d'affiner la restriction d'accès.

3.3.2 Accès aux types de questions

Une deuxième matrice d'accès détermine les rôles du système qui ont accès à tel ou tel type de question (annexes 10.b., 10.c, 10.d. pour l'accès et, pour l'encodage, annexes 10.a., 10.e., 10.f.).

L'instrument RAI comprend une liste de questions avec des dizaines de questions différentes liées à la situation de soins des personnes âgées. Cette liste est subdivisée en plus ou moins 15 sections, comme le fonctionnement cognitif, le bien-être psycho-social, la continence et le traitement médicamenteux. Créer l'accès des utilisateurs aux questions individuelles est difficile à gérer. De ce fait, les questions ont été rassemblées par types de questions sur base de leur caractère sensible par rapport à la vie privée et de la personne qui est attendue pour compléter la question. Cela correspond à la notion de « groupe d'authenticité » dans le système e-health.
Exemples de types de questions : Fonctionnement dans la vie quotidienne (AVQ), Déplacement/Marche, Fluctuation de la pensée ou de l'état de conscience, Comportement, Diagnostics médicaux, Bien-être psycho-social, Soutiens sociaux, Traitements et programmes.

La matrice détermine, pour l'ensemble du système, les rôles qui ont normalement accès à tel type de question et décide si cet accès peut éventuellement être modifié pour un questionnaire spécifique. Il est donc possible, pour compléter un questionnaire RAI spécifique – au besoin et dans les limites définies au préalable – de décider d'étendre ou de limiter, pour certains rôles, l'accès à certains types de questions.

Il est possible, par exemple, de déterminer qu'un diététicien n'a pas accès aux questions médicales et que cet accès n'est pas transmissible. Dans ce cas, un diététicien ne peut jamais compléter des questions médicales. On pourrait décider qu'un infirmier n'a pas accès aux questions médicales mais que cet accès est toutefois transmissible. Dans ce cas, la personne qui débute un questionnaire pour un client déterminé peut décider qu'un infirmier peut, quand même, avoir accès aux questions médicales.

Questions-types / Rôle	AVQ		Déplacement/marche		Alimentation		Diagnostics médicaux		Traitements et programmes	
	A	T	A	T	A	T	A	T	A	T
Médecin	X		X		X		X		X	
Infirmier en chef	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Infirmier	X		X	X	X	X		X	X	
Kinésithérapeute		X	X			X				X
Diététicien		X			X					

Tableau 2 : Exemple de matrice rôles / types d'informations (extrait) (A=Accès, T=Transmissible)

NOTE : Ce tableau n'est qu'un exemple. L'accès concret de tous les rôles aux fonctions du système dans le système BelRAI, tel que discuté avec le secteur les 9 et 11 avril 2008 se trouve en annexe 9-«Matrices : accès aux fonctions du système en fonction des catégories de professionnels » La définition exacte de la matrice "rôles et fonctions du système" dans BelRAI fait, en ce moment, à nouveau l'objet d'une étude afin d'affiner la restriction d'accès.

3.3.3 Accès aux rôles

Une troisième et dernière matrice d'accès définit les rôles que les utilisateurs peuvent créer avec d'autres rôles dans le système BelRAI. Dans l'exemple exposé ci-dessous, un médecin peut créer des utilisateurs avec tous les rôles, mais un kinésithérapeute ne peut créer que d'autres utilisateurs kinésithérapeutes. Cette procédure veut éviter que les utilisateurs s'octroient illégitimement, à eux ou à d'autres, des droits d'accès supérieurs aux droits prévus par leur rôle dans le processus de soins.

Rôle du nouvel utilisateur / Rôle de l'utilisateur actuel	Médecin	Infirmier en chef	Infirmier	Kinésithérapeute	Diététicien
Médecin	X	X	X	X	X
Infirmier en chef		X	X	X	X
Infirmier			X	X	X
Kinésithérapeute				X	
Diététicien					X

Tableau 3 : Exemple de matrice rôles/rôles (extrait)

NOTE : Ce tableau n'est qu'un exemple. L'accès concret de tous les rôles aux fonctions du système dans le système BelRAI, tel que discuté avec le secteur les 9 et 11 avril 2008 se trouve en annexe 9-«Matrices : accès aux fonctions du système en fonction des catégories de professionnels » La définition exacte de la matrice "rôles et fonctions du système" dans BelRAI fait, en ce moment, à nouveau l'objet d'une étude afin d'affiner la restriction d'accès.

Exemple de scénario

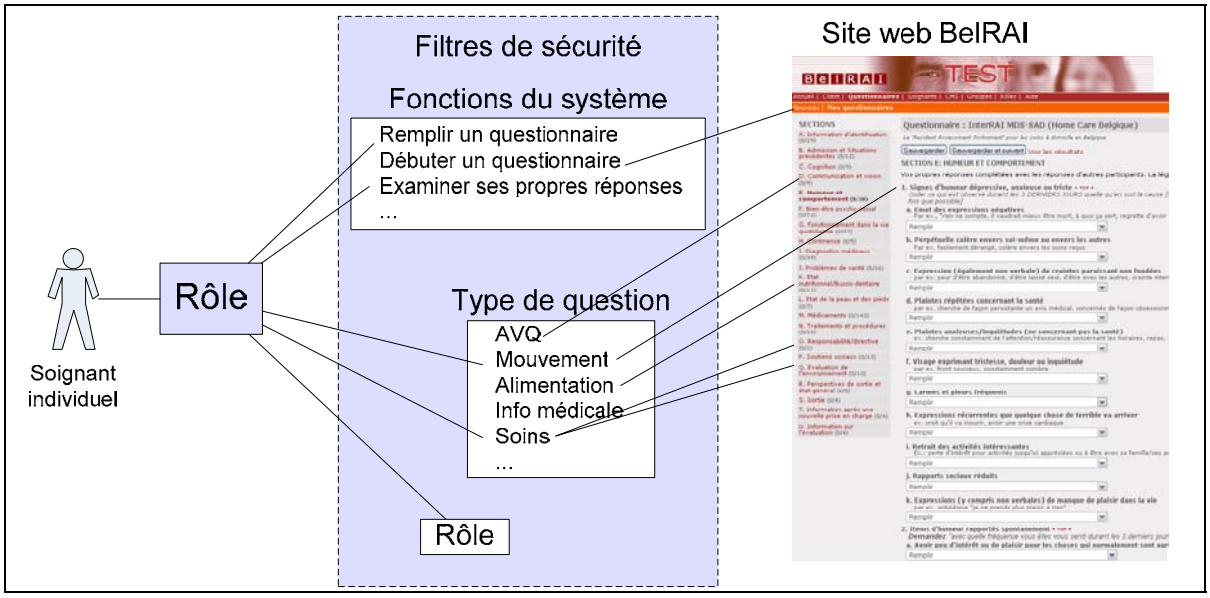


Figure 5 : Accès dans BelRAI basé sur le rôle (exemple synthétique)

Exemple concret

L'infirmier en chef dans la Figure 3 débute un nouveau questionnaire et est lui-même responsable de questionnaire. Il décide que l'infirmier peut compléter toutes les catégories de questions, sauf les questions médicales, et que le diététicien ne peut compléter que les questions relatives à l'alimentation. L'infirmier en chef lui-même peut, en sa qualité de responsable de questionnaire, compléter toutes les questions.

Lorsque tout le monde a complété ses informations, l'infirmier en chef calcule les résultats et ferme le questionnaire. L'infirmier peut à présent examiner les résultats car il a accès à cette fonction. Le diététicien, par contre, n'a pas ce droit. Il peut seulement examiner à nouveau les réponses qu'il a lui-même encodées.

3.4 Encryptage

Les données du client échangées au sein de l'application web BelRAI avec les autres professionnels de la santé sont verrouillées. Il est donc impossible pour un tiers (par exemple quelqu'un qui pirate les ordinateurs) de savoir quelles données ont été envoyées. Le verrouillage est basé sur SSL.

3.5 Droit d'accès et de rectification

Un client a le droit de consulter ses données conservées dans BelRAI. Il doit, pour ce faire, contacter le gestionnaire de client. Si un client demande un accès à ses données, il est donc renvoyé auprès de son gestionnaire de client. Si le client est représenté (ex. en cas d'incapacité), seul le représentant peut demander accès aux données du client (et non le client lui-même).

Un soignant a également un droit d'accès à ses données personnelles qui sont traitées dans l'application. Il a, en outre, un droit de correction lui permettant, le cas échéant, de faire corriger, gratuitement, toutes les données personnelles erronées et/ou incomplètes qui le concernent.

Ces informations sont mentionnées dans le document « privacy policy ».

4 Intégration dans la plateforme e-health

Après plusieurs réunions avec l'équipe e-health, nous avons analysé les fonctions que e-health peut remplir pour BelRAI afin d'améliorer la protection de l'application.

Une première conclusion consiste à dire que la plateforme e-health ne dispose, pour l'instant, pas encore de toutes les sources authentiques nécessaires pour couvrir le champ complet des utilisateurs BelRAI. BelRAI est la première application (qui fonctionnera via e-health) qui touche un domaine aussi étendu dans les soins de santé : les informations relatives à un client ne sont pas seulement réparties entre les médecins, elles sont également réparties entre les infirmiers, les kinésithérapeutes, les diététiciens et encore d'autres fonctions dans le processus de soins.

Il ressort, ensuite, que le système de protection dans BelRAI s'adapte relativement bien à celui de e-health, et que l'intégration est, par conséquent, possible d'un point de vue technique. La grande différence réside dans le fait que e-health offre plus de sécurité grâce à un login plus sécurisé et à un lien avec des sources authentiques de soignants. Le fait que e-health ne dispose, pour l'instant, d'aucune source authentique pour un grand nombre de personnes impliquées dans le processus de soins et, par conséquent, impliquées dans le remplissage d'un formulaire RAI constitue le problème le plus important. Il faudra trouver

une solution pour permettre à ces personnes d'accéder au système afin de pouvoir continuer le projet d'enquête BelRAI, tout en assurant la sécurité.

En conclusion, il est évident qu'e-health ne peut prévoir que des fonctions de sécurité concernant les utilisateurs (soignants) et les groupes. L'accès aux clients doit être pris en charge par les applications elles-mêmes.

Voici ci-dessous les cinq fonctions les plus importantes qu'e-health peut remplir pour BelRAI:

1. Login sécurisé (authenticité)
2. Vérification/qualification de l'utilisateur
3. Gestion de groupe
4. Délégation
5. Messaging

4.1 Login sécurisé (authenticité)

L'utilisateur (soignant) se connecte dans BelRAI, pour l'instant, via un login et un mot de passe. Dans le futur, la connexion s'effectuera via e-health, au moyen d'une carte d'identité électronique (e-ID) ou une liste de codes personnels (token).

E-health a prévu un système pour les soignants qui utilisent BelRAI à partir de plusieurs rôles (par exemple un médecin qui a son propre cabinet et qui travaille pour un hôpital). L'utilisateur devra choisir, au moment de se connecter, le rôle à partir duquel il désire travailler. Ses droits d'accès dans BelRAI seront adaptés en fonction.

On a accès de deux façons : d'une part via l'application web e-health qui comprend une page sur BelRAI avec des explications relatives à l'application et aux catégories de soignants qui peuvent l'utiliser et d'autre part via l'application web BelRAI. Dans les deux cas, l'application web BelRAI renvoie toujours à e-health pour le login proprement dit et la vérification. L'utilisateur revient, ensuite, à l'application web BelRAI.

Conditions pour l'utilisateur :

- e-ID login : posséder une carte d'identité électronique et un lecteur de carte ; l'utilisateur introduit un code pin ;
- token login : une liste de codes personnels. Ce token peut être obtenu auprès de l'administration (e-health fait référence à l'instance compétente qui s'en charge) ; c'est la même procédure pour toutes les applications de l'administration (comme par exemple tax-on-web). Le token est envoyé par la poste.

Conditions pour BelRAI :

- installation et configuration de Shibboleth[24] daemon chez BelRAI pour renvoyer l'utlisateur à e-health au moment du login ;
- demande de certificat ;
- adaptation du système de login, afin de renvoyer à e-health et de permettre le choix du rôle de l'utilisateur ;
- indication du numéro de ticket e-health dans la page d'erreur si l'utilisateur ne se connecte pas correctement.

Note technique : la gestion de la session relève toujours de la responsabilité de BelRAI (par exemple le temps qu'une personne reste connectée, la possibilité de se connecter simultanément à plusieurs endroits, etc.).

4.2 Vérification/qualification de l'utilisateur

Cette fonction est étroitement liée à la fonction Login sécurisé (authenticité).
Au moment de se connecter, e-health vérifie la qualification de l'utilisateur, d'après des sources authentiques connues. On vérifie donc, à cet égard, si l'utilisateur est bien médecin agréé, infirmier, etc. Après la consultation de ces sources et si le login est correct, e-health envoie à BelRAI les informations disponibles concernant l'utilisateur. BelRAI doit alors les copier sur ses propres rôles afin de définir, par la suite, l'accès que l'utilisateur a au système, d'après les matrices étudiées ci-dessus.

[24] Shibboleth est le système de protection open source utilisé par e-health, voir http://shibboleth.internet2.edu/

Conditions pour l'utilisateur : être agréé comme soignant et être repris, par conséquent, dans une source authentique.

Conditions pour BelRAI :

- mapping prévu entre les qualifications e-health pour les soignants et les rôles BelRAI, de façon à utiliser, après le login, les droits d'accès corrects ;
- supprimer de la banque de données BelRAI les informations relatives aux soignants qui sont disponibles via e-health. Dans la banque de données BelRAI, seules les informations relatives aux soignants que e-health ne peut pas fournir sont conservées ;
- lors de la création d'un nouvel utilisateur (=soignant) dans BelRAI, e-health doit vérifier son rôle et contrôler les informations disponibles ;
- permettre qu'un utilisateur remplisse plusieurs rôles dans BelRAI ;
- pour les utilisateurs qui ne sont pas (encore) repris dans les sources authentiques de e-health, une solution doit être mise au point, de façon à leur permettre d'utiliser le système BelRAI. Le login et l'authenticité passent aussi dans ce cas via e-health avec la liste de codes personnels ou l'e-ID, mais le rôle de l'utilisateur devra être vérifié par BelRAI, par exemple via le consultant de sécurité. On pourrait aussi établir que seuls les utilisateurs qui sont vérifiables via e-health pourront faire cette vérification. En outre, la matrice "rôles hiérarchie" (voir supra) se charge de la protection contre l'octroi incorrect de rôles ;
- ce type de solution (temporaire) doit également être prévu pour les jeunes diplômés qui sont déjà agréés mais qui ne sont pas encore connus dans des sources authentiques.

4.2.1 Rôles dans BelRAI

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des fonctions dont le rôle consiste à compléter une évaluation RAI pour un client. Nous attendons de certaines fonctions, comme un médecin, un infirmier en chef ou un infirmier, qu'ils jouent un rôle immédiatement, tandis que d'autres fonctions seront éventuellement impliquées dans une phase ultérieure. Le client, par exemple, n'accèdera, dans un premier temps, certainement pas à ses données dans le système lui-même mais les obtiendra par l'intermédiaire de son gestionnaire de clients, de façon à recevoir des explications et à placer les données dans un cadre médical plus large

.

Fonction/rôle	Que peut compléter cette personne?	Qui peut assurer cette fonction?
Médecin	AR 78 10 novembre 1967	AR 78 10 novembre 1967
Infirmier(ère) en chef	AR 78 10 novembre 1967	AR 78 10 novembre 1967
Infirmier(ère)	AR 78 10 novembre 1967	AR 78 10 novembre 1967

Kinésithérapeute	AR 78 10 novembre 1967	AR 78 10 novembre 1967
Ergothérapeute	AR 78 10 novembre 1967	AR 78 10 novembre 1967
Aidant informel/client(e)	Pas de base légale	La *prestation de soins informelle* comprend l'autonomie, l'aide informelle aux personnes dépendantes apportée par l'entourage immédiat et les soins prodigués par des volontaires.
Assistant(e) social(e)	Pas de base légale	Loi du 12 juin 1945 sur la protection du titre d'auxiliaire ou d'assistant social.
Logopède	Pas de base légale	AR du 20 octobre 1994 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de logopède.
Diététicien(cienne)	Arrêté Royal du 19 février	Arrêté Royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin
Psychologue	Pas de base légale	Loi du 8 NOVEMBRE 1993. – Loi protégeant le titre de psychologue
Animateur(trice)	Pas de base légale	Circulaire – WEL/MIN/03-02/ANIMATION/2 du 28 août 2003
Podologue	AR 15 octobre 2001	AR 15 octobre 2001
Aide soignant(e)	AR 18 juin 1990	AR 18 juin 1990

Educateur	Pas de base légale	
Travailleur gradué en réadaptation sociale	Pas de base légale	
Puéricultrice	AR 17 août 1957	AR 17 août 1957
Pharmacien(ne)	AR 78 10 novembre 1967	AR 78 10 novembre 1967
Dentiste	AR 78 10 novembre 1967	AR 78 10 novembre 1967
Coordinateur(trice) RAI	Pas de base légale	
Responsable de centre de coordination des soins et services à domicile	Pas de base légale	
Responsable de service d'aide aux familles	Pas de base légale	
Client/personne pour qui le RAI est complété	Pas de base légale	
Administrateur(trice) de système	Pas de base légale	

Tableau 4 : rôles dans BelRAI

NOTE : Ce tableau a été présenté aux secteurs et discuté, mais doit encore être approuvé par des experts juristes.

4.2.2 Informations relatives aux soignants

Les informations suivantes relatives aux soignants sont pour l'instant mises à jour dans la banque de données BelRAI : Nom d'utilisateur, Mot de passe, Rôle, Nom de famille, Prénom, Nationalité, Adresse électronique, Numéro de téléphone 1, Numéro de téléphone 2, Téléphone mobile, Numéro de fax, Rue, Numéro de maison, Boîte, Code postal, Commune (et, bien entendu, leur affiliation éventuelle de groupes et l'accès individuel aux clients).

4.3 Gestion de groupes

E-health prévoit une fonction de gestion de groupes dans laquelle e-health fait le lien entre un utilisateur (soignant) et une organisation. Par organisation connue dans e-health, un responsable de groupe est désigné intermédiaire dans toutes les applications e-health entre son groupe et le personnel soignant qui en fait partie. E-health transmet ces informations relatives au groupe après la connexion à l'application (comme BelRAI), afin de pouvoir utiliser celles-ci. Il est important de savoir que e-health ne conserve que le lien entre les soignants et les groupes et non les soignants et les groupes eux-mêmes qui restent dans des sources authentiques externes et avec lesquelles e-health fait le lien.

Conditions pour l'utilisateur (organisations) :

- être agréé comme organisation et être repris, par conséquent, dans une source authentique ;
- désigner un gestionnaire de groupe pour son organisation, conformément à la procédure e-health.

Conditions pour BelRAI :

- lors de la création d'un nouveau groupe dans BelRAI, e-health doit vérifier et contrôler les informations disponibles. Dans la banque de données BelRAI, seules les informations relatives aux groupes qui ne peuvent pas être fournies par e-health sont conservées ;
- mapping prévu entre les organisations e-health et les groupes BelRAI, de façon à déterminer, après le login, les clients auxquels le soignant a accès ;
- vérification de l'affiliation au groupe principal via e-health si on veut octroyer des soignants aux groupes sous-jacents ;
- suppression de la banque de données BelRAI des informations relatives aux groupes qui sont disponibles via e-health.

Problèmes :

- pour les organisations qui ne sont pas (encore) reprises dans des sources authentiques e-health, une solution doit être mise au point pour leur permettre d'utiliser le système BelRAI. Exemple : un cabinet de médecins regroupant quelques médecins généralistes. Les solutions possibles sont similaires à celles présentées ci-dessus :
  - e-health cherche des sources authentiques supplémentaires pour les catégories d'organisation qui ne sont pas encore authentifiables ;
  - BelRAI gère lui-même (provisoirement) les groupes qui ne peuvent pas encore être vérifiés via e-health (protection supplémentaire analogue à celle des utilisateurs).
- e-health ne connaît, pour l'instant, aucune hiérarchie de groupes/d'organisations. BelRAI en possède une qui représente un élément important dans le système d'accès décrit au point 3.2. L'accès à un client doit, en effet, être limité aux personnes impliquées dans le processus de soins. Un client séjournant dans le service Gériatrie (ex. Figure 2) ne peut être accessible que pour le personnel soignant dépendant de ce service. Il existe, ici aussi, deux solutions possibles :
  - e-health intègre une hiérarchie de groupe ;
  - BelRAI règle la hiérarchie de groupe et copie le niveau le plus élevé de groupes sur des groupes agréés e-health, de façon à obtenir une combinaison de la vérification de e-health et de la protection BelRAI.

4.3.1 Organisations au sein de BelRAI

Le tableau ci-dessous donne un aperçu de toutes les organisations dont le rôle consiste à compléter une évaluation RAI pour un client.

Types d'institutions	Description/bases légales	Sources
Maison de repos et de soins (MRS)	Chaque maison de repos disposant de lits MRS agréés	L'INAMI doit en avoir une liste.
Centre de soins	Arrêté du Gouvernement flamand du 23 juin 2000	L'INAMI doit en

de jour	fixant la procédure pour l'agrément particulier d'un centre de soins de jour. Arrêté du Gouvernement wallon du 18 décembre 2003 relatif à l'agrément spécial des maisons de repos et de soins, des centres de soins de jour pour personnes âgées, des maisons de soins psychiatriques et des services intégrés de soins à domicile.	avoir une liste.
Services intégrés pour les Soins à domicile (SISD)	*Dispositif de santé contenant et intégrant, par zone de soins, l'ensemble des pratiques de soins primaires auxquelles les personnes font appel pour stabiliser ou améliorer leur état de santé, tant sur le plan somatique que psychique et social* (AR 05/03/2002)	Liste de tous les SISD disponibles (KULeuven - LUCAS) + Région Wallonne

Tableau 5 : Institutions – Bases légales – Sources

4.3.2 Informations relatives aux groupes

Les informations suivantes relatives aux groupes sont, pour l'instant, mises à jour dans la banque de données BelRAI : Nom et Type (et, bien sûr, les membres : à savoir les soignants et les clients).

4.4 Délégation

Pour le transfert de compétences à d'autres personnes, e-health connaît deux types de délégation :

- gestion de mandat : un soignant donne à un autre le mandat d'exécuter ses tâches, par exemple pendant les périodes de vacances ou pour des pratiques de groupe. Le mandataire reprend donc tous les droits d'accès du mandant ;
- "responsability management" : un soignant autorise un autre soignant à effectuer certaines tâches bien déterminées, par exemple des tâches administratives confiées à un collaborateur du secrétariat.

Il semble essentiel pour BelRAI de pouvoir régler le premier type de délégation, la substitution, pendant les périodes de vacances. Par exemple, un infirmier qui, pendant les vacances, laissera compléter ses dossiers RAI par un collègue direct. La seconde option est déjà prévue dans BelRAI via le système de rôles et de droits d'accès correspondants. Note : à cela, il vaut mieux ajouter le rôle du « collaborateur administratif » pour que puisse être organisée la protection correcte pour les tâches administratives.

Conditions pour BelRAI : introduction de la fonction de mandat lorsqu'il apparaît clairement, après le login, que l'utilisateur a accès (pour lui-même + à la place du mandant).

4.5 Messaging

Enfin, un système de "messaging" est intégré dans e-health, pour permettre aux gens de s'envoyer des messages. Les messages peuvent aussi être envoyés automatiquement. Cela peut s'avérer utile, dans le cadre de BelRAI, pour un certain nombre de scénarios :

- expédition automatique de messages à partir du système BelRAI vers les utilisateurs lorsqu'ils doivent accomplir une action, par ex. après avoir débuté un questionnaire, demander aux participants qu'ils commencent à le remplir ou, lorsque le délai est expiré, demander au responsable de questionnaire de clôturer celui-ci ;
- un soignant demande au gestionnaire de clients de pouvoir avoir accès aux données d'un client. ;
- messages émanant de la gestion centrale BelRAI vers les utilisateurs pour communiquer des modifications du système, des périodes d'entretien, etc.

5 Mesures de protection supplémentaires dans BelRAI

Outre la connexion avec e-health, il est aussi possible, dans BelRAI même, de prévoir de nombreuses autres mesures de sécurité visant à protéger davantage la vie privée des clients et des soignants.

5.1 Restriction d'accès

- Montrer pour chaque client la liste des "personnes compétentes pour le traitement" (qui a véritablement accès à quelles données). Ce sera généralement le gestionnaire de client qui doit pouvoir le demander, avec ou sans demande du client.
- Outre la restriction générale de l'accès de certains rôles à des types de questions déterminés, le gestionnaire de client peut aussi définir un accès individuel pour son client. Cet accès individuel de rôles à certains types de questions prévaut sur les institutions générales. Il s'agirait, donc, d'une matrice d'accès individuelle, similaire à la matrice générale visée au point 3.3.2.

5.2 Encryptage des données

Encryptage de la banque de données et/ou de la connexion à la banque de données à partir du code de l'application web.

5.3 Conseiller en sécurité

Un conseiller en sécurité est désigné pour l'ensemble de l'application et pour chaque groupe individuel. Cette personne respecte rigoureusement la politique sur la vie privée dans son groupe et est un point de départ pour d'éventuels problèmes liés à la vie privée ou des plaintes. La désignation des conseillers en sécurité peut se dérouler de manière hiérarchique, par exemple le plus haut niveau de conseiller en sécurité donne son autorisation aux conseillers de chaque groupe, etc. Le conseiller chef peut aussi appliquer les droits d'accès dans le système. L'essentiel est que le conseiller en sécurité n'ait pas accès à l'information d'aucun client.

L'organisation pratique doit encore être mieux définie pour BelRAI ; un gestionnaire de groupe pourrait éventuellement assumer cette tâche (mais ce n'est pas nécessaire).

5.4 Enregistrement

- Toutes les actions relatives aux clients effectuées par les soignants connectés sont enregistrées. Par exemple : le soignant A a débuté un questionnaire pour un client, le

soignant B a consulté certaines informations à propos du client, etc. C'est pourquoi, les modifications au droit d'accès sont aussi enregistrées. Toute personne qui utilise le système est informée que ses actions seront stockées.

- Le consultant de sécurité seul peut consulter cet enregistrement pour vérifier d'éventuelles atteintes à la vie privée. Il existe des outils permettant de détecter les abus éventuels en lien avec les enregistrements.

Les données exactes qui doivent être enregistrées et les outils de contrôle nécessaires doivent encore être définis avec précision.

6 Conclusion

Ce chapitre présente un aperçu des mesures qui ont été prises pour assurer la sécurité de l'application web et pour assurer la protection de la vie privée du client. A cet effet, d'une part, des adaptations techniques ont été apportées. D'autre part, les projets de matrices ont été conçus pour déterminer qui peut faire quoi dans le processus RAI. Ces matrices ont été élaborées sur base des éléments légaux régissant certaines professions et après discussions avec les participants au projet BelRAI. Elles doivent encore être approuvées par des experts juridiques. Dans le même contexte, il a également été travaillé sur l'intégration à e-health.

Chapitre 4 : suivi des structures et résultats des intervisions SISD

1 Introduction

Ce chapitre comprend trois grandes parties : le suivi des structures[25] en régions néerlandophone et francophone, les résultats des intervisions avec les SISD néerlandophones et les résultats des intervisions avec les SISD francophones.

2 Suivi des structures

2.1 Disponibilité permanente (Helpdesk)

Trois canaux sont offerts aux utilisateurs désireux de contacter l'équipe de recherche-action. D'abord, via les e-mails des différents membres de l'équipe de recherche. Ensuite, par un appel téléphonique aux services universitaires. En région francophone, afin de résoudre rapidement une difficulté liée à l'informatique ou toute autre chose, via le numéro de portable laissé par l'intervenant à l'issue des formations organisées dans le cadre du projet BELRAI 2007-2008. En région néerlandophone, on peut, à tout moment, téléphoner ou envoyer un e-mail à des adresses personnelles ou à une adresse générale.

2.2 Suivi des structures

Le suivi des structures a été le plus personnalisé possible. Ceci s'est traduit par une adaptation du suivi en fonction des expériences antérieures des structures par rapport au RAI et des demandes spécifiques telles que rencontres sur site avec les intervenants et/ou les responsables, les contacts téléphoniques ou encore les réponses aux différents courriers électroniques.

[25] La région francophone inclus l'institution francophone bruxelloise ayant participé au projet, au même titre que l'institution néerlandophone de Bruxelles est incluse dans la région néerlandophone

2.3 Grilles de suivi

Afin de mieux étudier le processus de prise en charge des clients dans le cadre de la démarche RAI, deux grilles (annexes 12 et 13) ont été élaborées par l'équipe de recherche. Chaque institution ou organisation francophone a reçu les deux grilles à la mi-janvier 2008 avec comme consigne de compléter les deux documents pour cinq clients de leur choix. Les deux grilles devaient être renvoyées pour le 21 mars pour permettre à l'équipe de recherche de Liège de préparer les intervisions en s'appuyant sur l'expérience des professionnels du terrain. Au nord du pays, les participants ont reçu pour consigne de prendre connaissance des grilles, de les compléter et de les emporter avec eux lors des intervisions pour en discuter.

Le premier document reprend la répartition des sections et des items de l'instrument d'évaluation InterRAI HC et LTCF par discipline. L'objectif de la grille est de déterminer d'un point de vue pratique quel professionnel remplit chaque section de l'instrument d'évaluation en vue d'aboutir à une matrice type pour chaque secteur de soins.

Le second document tente de cerner, en abordant les différentes étapes de la démarche RAI, le fonctionnement propre à l'institution, les divers intervenants qui interviennent aux différentes étapes de la démarche…

3 Intervisions en région néerlandophone

Les intervisions ont à nouveau été organisées avec les Services Intégrés de Soins à Domicile. Les participants à l'intervision occupaient diverses fonctions dans le domaine des soins à domicile. Généralement, l'intervision comptait au moins un infirmier et une personne occupant une fonction de coordination. Des kinésithérapeutes, médecins traitants, ergothérapeutes, coordinateurs de soins et travailleurs sociaux y ont aussi participé. En région néerlandophone, cinq SISD ont pris part à une intervision organisée dans leur institution. Les deux autres SISD (Ovosit et Listel) ont fourni des explications par téléphone et par écrit. Ci-dessous, on trouve une liste de ces intervisions.

SISD	Intervisions 2008
BOT	06/03
SIT[26] Turnhout	07/03
SIT Izegem	14/03
SIT Oostende	14/03
SIT Brugge	14/03

Une liste de questions a été envoyée avant les intervisions (voir annexes 11 et 13a). Cela a permis aux participants de les préparer.

Les paragraphes suivants résument brièvement ce que les répondants ont expliqué au cours des intervisions à propos de la formation, du soutien obtenu, de l'application web, de la sélection de clients, de la version belge de l'instrument, le consentement éclairé du client, du contenu de l'InterRAI-HC, de l'infrastructure, de l'implication des médecins, des GAD et de la question de savoir pour qui l'instrument RAI doit, ne doit pas être rempli au niveau des soins à domicile.

3.1 Résultats des intervisions

3.1.1 Formation

Tous les SISD ont pris part à la formation. Ils y ont envoyé en moyenne deux prestataires de soins. Dans deux SISD, la formation a été donnée par la suite à d'autres membres du personnel. Dans trois SISD, aucune formation n'a été donnée, mais un support a été offert aux prestataires de soins qui travaillaient avec l'application web. On s'est par exemple assis à côté de cette personne pendant qu'elle remplissait un RAI pour la première fois dans l'application web.

Tout comme pour les maisons de repos et de soins, les participants des SISD ont estimé qu'un demi-jour de formation était suffisant pour apprendre à travailler avec l'application web. Le fait que les GAD n'étaient pas encore en ligne a été décevant pour quelques personnes. Elles estimaient qu'en fait, la formation devait surtout traiter des GAD et s'intéressaient beaucoup au fait d'apprendre à utiliser les GAD dans la pratique. Elles visaient ainsi non seulement le

[26] SIT = samenwerkingsinitiatief in de thuiszorg.

calcul des GAD, mais aussi la compréhension des scores et aspiraient surtout à apprendre à utiliser les résultats dans la pratique. Pendant la formation, un seul GAD (GAD délirium) était déjà développé selon le concept belge. Les participants à la formation ont jugé les directives intéressantes et avaient envie d'en apprendre plus.
Un SISD a signalé que la formation sur l'application web peut être très limitée si l'application web devient encore plus uniforme et plus conviviale. Ils plaident pour une application web très pratique et efficace, afin que les utilisateurs ne perdent pas trop de temps à remplir deux fois certaines sections, mais puissent se consacrer aux GAD et au plan de soins.

Pendant le premier semestre de 2007, deux SISD ont organisé des sessions de formation pour apprendre à évaluer l'instrument RAI. Il s'agissait surtout de la façon de remplir les sections de l'instrument RAI. Des sessions d'exercices supplémentaires ont aussi été organisées. Le matériel pour cette formation était alors encore le manuel d'utilisateur (non adapté à la situation belge) de l'ancienne version du RAI HC (RAI HC 2.0). Le manuel en ligne qui est actuellement disponible via le site Wiki a été jugé nettement plus positivement. Il est vu comme une importante plus-value par rapport au projet de l'année précédente(voir annexes 14 et 15).

3.1.2 Support

Les SISD ont – tout comme les maisons de repos et de soins – développé un système de helpdesk interne. Le coordinateur RAI était responsable du support. Quand des problèmes se posaient, que le coordinateur ne pouvait pas résoudre, il contactait le helpdesk chez LUCAS

Au début, juste après la formation, les questions concernaient principalement l'application web. Elles portaient sur la clôture de questionnaires, sur quelques bugs (pages blanches, fermeture de la session du système, impossibilité d'ouvrir une session, petits crashes). Au cours du premier mois, on a reçu environ trois questions par semaine pour ensuite ne plus en recevoir. Les prestataires de soins ont aussi contacté le helpdesk pour avoir des suggestions concernant le contenu des questions dans l'instrument RAI. Il s'agissait par exemple de la terminologie ou des services de soins à domicile qui faisaient défaut dans une liste. Cela a aussi été très utile pour l'équipe de recherche, qui a ainsi encore pu améliorer plusieurs bugs et erreurs avant que les maisons de repos et de soins commencent à utiliser l'application web.

Les prestataires de soins qui ont contacté le helpdesk de LUCAS par e-mail ou par téléphone ont estimé que le helpdesk était assez accessible et que les questions étaient traitées rapidement. Selon eux la création de logins était elle aussi très efficace.

3.1.3 Application Web

Avant la formation, certains SISD avaient déjà rempli des formulaires RAI-MDS sur papier. Tout de suite après la formation, ils ont entré ces formulaires dans l'application web. Trois SISD ont choisi de nouveaux habitants et ont directement complété l'instrument RAI dans l'application web pour ces habitants. Les participants aux intervisions ont jugé qu'une application web conviviale et fonctionnant correctement est une condition sine qua non pour le projet. Sinon, les gens se démotivent.

La plupart des SISD ont fait savoir que l'application web précédente ne fonctionnait pas correctement et que cela a été l'une des principales frustrations au cours du projet précédent. Ils ont indiqué que l'application web actuelle est de loin meilleure (« … c'est le jour et la nuit … »). La rapidité de l'application est optimale et la convivialité est nettement supérieure. On peut apprendre à l'utiliser (plus) facilement et celui qui s'y connaît déjà en informatique peut apprendre seul à travailler avec l'application en suivant les instructions.

Un SISD a toutefois signalé que plusieurs actions doivent encore être entreprises pour rendre l'application web encore plus conviviale. On a plaidé en faveur d'une application web plus uniforme dans la façon dont les possibilités de réponse sont proposées (même ordre, toujours des petites croix, ….) et de plus de conformité entre la version sur papier et la version en ligne (concernant la mise en pages et la façon de remplir les documents – par exemple, avec des petites croix, un déroulement, etc.). Ils ont aussi plaidé comme ailleurs pour plus d'efficacité. Cela est possible, par exemple, en faisant en sorte que les données de la section ne soient pas à nouveau complétées, ou en évitant de retaper la liste des médicaments grâce à un système reconnaissant automatiquement les premières lettres du nom. On a aussi demandé des liens avec d'autres dossiers automatisés pour éviter le travail double. Plusieurs répondants ont

également demandé de veiller à ce que le responsable du questionnaire ne doive pas confirmer ce qui a déjà été complété par d'autres personnes.

Plusieurs SISD n'ont pas pu calculer de GAD (leur projet a pris fin avant que tous les GAD soient en ligne). Ils ont trouvé cela très regrettable et frustrant. Sans résultats avec lesquels ils peuvent travailler, compléter un RAI a peu de sens.

Pour conclure, on a aussi indiqué que l'on préférerait encore pouvoir adapter la date de clôture après le lancement du questionnaire et que l'on préférerait qu'en version standard, « zéro » soit déjà complété pour certaines questions, afin de pouvoir gagner du temps.

3.1.4 Sélection des clients

La sélection des clients pour le projet s'est opérée sur la base des besoins de soins des clients. Les clients ont été sélectionnés au cours de réunions avec les prestataires de soins, mais les SISD ont ici eu recours à différents critères :

Le critère le plus utilisé stipulait qu'il devait s'agir de clients faisant état de besoins de soins intéressants et différents les uns des autres et pour lesquels une concertation multidisciplinaire était nécessaire.

Un SISD a utilisé les scores sur l'échelle Katz et BEL : le client devait nécessiter des soins selon l'échelle de Katz (au moins A) ou devait obtenir un score d'au moins 35 sur l'échelle BEL.

Un autre SISD s'est basé sur la demande de soins du client. La situation du client devait être problématique et au moins une concertation multidisciplinaire devait avoir lieu pour ce client. Cela impliquait que les clients sélectionnés recevaient de l'aide émanant de plusieurs organisations de soins à domicile et qu'il existait déjà un plan de soins pour ces clients.

Certains SISD se sont basés sur le critère que les clients doivent déjà être connus des prestataires de soins pour pouvoir compléter le RAI.

Un cinquième critère, moins utilisé, stipulait qu'il devait être question d'une opportunité accrue de collaborer avec le médecin traitant. Cela s'est avéré ne pas toujours être simple à évaluer.

3.1.5 Compléter l'instrument RAI

Dans tous les SISD, l'instrument a été complété de façon multidisciplinaire. Dans tous les SISD les médecins traitants ont aussi collaboré au codage. Le responsable des questionnaires a généralement contacté le médecin traitant du client pour lui demander de compléter certaines sections – en général uniquement les sections traitant de la médication et des diagnostics. Dans la plupart des cas, le médecin traitant a donné suite à la demande. Certains médecins ont cependant complété plus que les questions médicales, parce qu'eux-mêmes le désiraient. Quelques médecins d'un SISD ont même décidé d'effectuer entièrement le codage. Ils ont estimé que c'était la meilleure solution, parce qu'ils avaient beaucoup de contacts avec le client ou avec sa famille et parce qu'ils disposaient de ou savaient trouver toutes les informations sur l'habitant.

Quatre SISD ont choisi de partager les items de l'instrument RAI entre plusieurs disciplines. Les disciplines les plus fréquentes étaient l'infirmier, le travailleur social, le médecin et le kinésithérapeute. Soit on a divisé les items pendant une réunion, soit c'est le responsable du questionnaire qui a déterminé qui allait remplir quoi.

Globalement, on s'est montré satisfait de la nouvelle application web. On a indiqué que l'instrument RAI et le codage en ligne offrent de nombreux avantages et plus-values. On a certes mis l'accent sur le fait que l'on estime que les GAD et d'éventuels autres résultats sont essentiels.

Contrairement aux maisons de repos et de soins, les responsables des questionnaires n'étaient pas toujours des infirmiers, mais parfois aussi des travailleurs sociaux et des médiateurs de soins. Deux SISD ont explicitement choisi, pendant cette phase de test, de ne faire travailler qu'un nombre restreint de prestataires de soins avec RAI, pour ne pas trop fragmenter et pour pouvoir évaluer les effets de l'apprentissage.

Dans les trois SISD dont tous les codages se sont font directement en ligne, un travail de recherche conséquent a certes eu lieu préalablement, pour disposer de toutes les informations

au moment du codage. Ils se sont aussi tournés vers les cabinets des médecins et les infirmiers indépendants, pour compléter avec eux certaines parties de l'instrument en ligne.

3.1.6 Version belge de l'instrument RAI

Les adaptations ont été accueillies positivement. Les questions sont devenues plus précises, ce qui a aussi impliqué qu'on a dû utiliser le manuel moins souvent. On a certes utilisé les fonctions d'aide dans l'application web, mais plus pour évaluer correctement les items que pour comprendre sur quoi portait la question. Il reste certes encore quelques questions qui sont difficiles à évaluer. C'est surtout le cas pour les AIVQ (capacité) et pour les AVQ (différence entre les catégories « assistance importante » et « assistance maximale »).
Pour de telles questions complexes laissant une marge d'interprétation, une concertation est en fait toujours nécessaire.

Au sein d'une organisation telle qu'un SISD, c'est beaucoup moins évident que dans une maison de repos et de soins. Dans les SISD, on a demandé de prévoir beaucoup d'explications, également visuelles (petit film) pour de tels items. L'indication du poids s'est elle aussi avérée poser problème pour les soins à domicile, parce que tous les clients ne possèdent pas un pèse-personne chez eux. Pour les clients alités, aucune pesée n'a été effectuée. A l'avenir, ces problèmes devront trouver une solution. Une solution pour mesurer et peser les clients alités est de mesurer le tour de leur abdomen.
Le calcul de l'IMC à l'aide du tour du poignet pourrait aussi être une alternative. Les deux alternatives ne sont pas encore prévues sur l'application web BelRAI. Elles sont encore en cours d'étude.
Un médecin ayant entièrement complété le formulaire RAI pour ses clients, a déclaré, en intervision, que l'instrument RAI est trop long, beaucoup trop complexe et pas toujours clair.

3.1.7 Infrastructure

On a généralement utilisé l'infrastructure de la propre organisation de soins à domicile. Les infirmiers ont rempli les formulaires au sein de l'organisation pour laquelle ils travaillaient et les infirmiers indépendants ont rempli les formulaires RAI en ligne depuis chez eux. Celui qui

ne possédait pas de PC ou de connexion Internet chez lui pouvait utiliser un PC de l'Initiative de collaboration dans les Soins à domicile. Les médecins traitants ont complété leurs formulaires à leur cabinet ou depuis chez eux. Les travailleurs sociaux les ont principalement complétés depuis l'organisation de soins pour laquelle ils travaillent.

Pendant l'intervision, les ordinateurs de poche ont également été évoqués. On en considère l'usage comme une solution idéale pour pouvoir compléter l'instrument chez le client lui-même. Cela permettrait au personnel de gagner beaucoup de temps. On considère cependant cela comme une perspective d'avenir à plus long terme.

3.1.8 Implication des médecins

Dans toutes les organisations de soins à domicile concernées par ce projet, le médecin traitant a joué un rôle central. Tous les médecins traitants n'ont pas été aussi étroitement impliqués, mais ils ont certes tous été tenus au courant. Dans la pratique, le médecin traitant est informé de tous les projets auxquels les organisations de soins participent quand il est question des soins pour les clients.

Dans le cadre du projet RAI, on leur a en premier lieu demandé de répondre aux questions médicales (diagnostics et médication). De leur propre chef, quelques médecins ont complété plus que cela. Également dans les situations où les clients ne recevaient que des soins limités ou pas de soins à domicile, les médecins ont rempli tout le formulaire. Le médecin est alors intervenu en qualité de responsable des questionnaires. En rapport avec ces cas, les prestataires de soins se sont certes demandé si le RAI était bien utile pour ces clients. Au cours des interventions, on a très nettement souligné que le RAI n'a pas de sens si aucune concertation multidisciplinaire au sujet du client n'y est associée.

La plupart des médecins se sont montrés positifs et intéressés par le RAI. Dans trois SISD, tous les médecins à qui cela a été demandé ont pris part au projet. Après avoir complété leur partie, quelques médecins ont estimé que l'investissement en temps était trop important. Les coordinateurs RAI ont déclaré qu'ils croyaient en la collaboration des médecins. Ils pensent aussi que la bonne volonté des médecins va augmenter à mesure que plus de résultats vont pouvoir être calculés et étudiés via RAI.

Pendant l'intervision, un médecin traitant a signalé que la division du formulaire RAI entre les disciplines peut être intéressante pour gagner du temps et pour favoriser la concertation, mais que ce n'est pas toujours le cas. Ce médecin traitant pense qu'un médecin traitant qui connaît bien son client peut compléter lui-même le formulaire RAI complet, même si d'autres prestataires de soins sont impliqués dans les soins.
« En tant que médecin traitant, on doit bien réfléchir aux sections AIVQ et AVQ, et surtout pour apprendre à évaluer. Une fois que l'on a déjà complété le RAI pour deux ou trois clients, il devient plus simple d'évaluer le client suivant.»
Ce médecin traitant a aussi observé qu'il est important d'attribuer une indemnité aux médecins, afin de les récompenser pour le temps qu'ils consacrent à compléter l'instrument.

Mais même avec une contribution financière, la collaboration restera limitée si le RAI ne donne pas suffisamment de résultats concrets (GAD, échelles, directives pour l'utilisation dans la pratique, etc.).

Dans un SISD, les médecins ont été impliqués dans le projet via le président d'un SIT qui est aussi médecin traitant et qui a pu toucher de nombreux médecins par le biais du milieu des médecins traitants. Des informations sur le projet RAI ont été postées sur les applications web de ce SIT et sur ceux du milieu des médecins. Un dossier informatif a aussi été envoyé aux médecins traitants dont des clients avaient été sélectionnés. Ce dossier comprenait un formulaire RAI-HC, un texte explicatif et une lettre d'accompagnement signée par le président du SIT.

Un des SISD a suggéré d'impliquer également les médecins traitants via les GLEM (Groupes Locaux d'évaluation Médicale). Au sein des GLEM, les médecins suivent un recyclage avec accréditation. Un autre SISD a conseillé de joindre les médecins via Domus Medica (région néerlandophone). Domus Medica possède en effet aussi une cellule scientifique qui étudie les recherches « evidence-based ».
Toutes les organisations ont contacté personnellement les médecins, donc à un niveau inférieur, mais elles pensent que les médecins doivent aussi être interpellés à d'autres niveaux (par exemple via l'université, Domus Medica, les GLEM, les milieux des médecins, les Cercles, etc.). Elles remarquent que les médecins seront encore plus disposés à collaborer au

projet s'ils sont approchés depuis différents angles et si le RAI est considéré par l'Ordre des Médecins comme un instrument apprécié.

Au cours des intervisions, un médecin traitant a expliqué qu'actuellement, l'utilisation de l'instrument RAI n'a pas encore. pu convaincre que cela peut donner des résultats pour la pratique en Belgique. Ce médecin estime qu'avant de rédiger une brochure pour les médecins traitants reprenant des informations sur l'instrument ou avant que les associations de médecins soient contactées, on doit travailler sur l'exploitation des résultats du RAI dans la pratique. Le médecin traitant pense que l'instrument RAI n'a pas encore fait ses preuves dans le secteur belge des soins de santé et que des recherches supplémentaires sont nécessaires, surtout au niveau de l'application des GAD dans le fonctionnement multidisciplinaire.

Un SISD souligne que la contribution du médecin traitant est essentielle et que différentes mesures en vue de soutenir le médecin traitant ont été prises. Le projet a démarré chez le médecin traitant. Le médecin traitant a sélectionné les clients (avec l'aide de l'organisation de soins à domicile).

L'instrument RAI est complété dans les situations dans lesquelles il peut offrir une plus-value. Le médecin traitant a bénéficié d'un soutien sur mesure (par exemple, via un accompagnement et une disponibilité permanente interne (helpdesk).
Au sein de cette organisation, le projet a commencé par le recrutement de médecins traitants volontaires. Ces médecins ont reçu de brèves explications écrites et orales au sujet de l'instrument RAI, des points d'apprentissage, des adaptations par rapport au projet précédent et des attentes concrètes. Il a été demandé aux médecins traitants de sélectionner trois clients pour lesquels une concertation multidisciplinaire pourrait être judicieuse (une liste de critères a été dressée à cette fin sous la forme d'une checklist). Cela s'est avéré ne pas fonctionner correctement, les médecins ont été aidés par les organisations de soins à domicile pour recruter les clients. Cette collaboration a été jugée très positive. Les médecins traitants de ce SISD ont noté comme plus-value que le RAI permet d'inventorier les problèmes et de détecter les lacunes. Les résultats sont suffisamment clairs. La concertation multidisciplinaire peut être encore plus efficace si les prestataires de soins et aides familiales concernés reçoivent et étudient les résultats avant la concertation.

Les médecins de deux SISD ont observé que l'on a besoin de clarté concernant l'implémentation de l'instrument RAI. Ils ont plaidé en faveur d'une décision claire des pouvoirs publics et d'une indemnité pour remplir le RAI pour les clients et en discuter. D'autres points que les médecins traitants d'un SISD jugent importants sont l'information claire de tous les prestataires de soins et aides familiales concernés, le fait de partir d'un noyau pour ensuite s'étendre (cf. tâche d'huile), un soutien maximum et une sollicitation minimale des prestataires de soins et des aides, une application web fonctionnant correctement et aucun couplage des résultats à un financement pendant la première période.

3.1.9 GAD

Contrairement aux maisons de repos et de soins, la plupart des SISD n'ont pas pu calculer les GAD pour leurs clients. Les coordinateurs RAI ont promis de consulter et de lire les GAD en ligne. Nous leur avons demandé de commenter le développement des GAD, et surtout les GAD qui ont déjà été adaptés à la situation belge. Les prestataires de soins ont estimé que le développement des GAD est intéressant. Quelques-uns ont déclaré qu'ils connaissaient déjà une grande partie des informations, mais qu'ils pensent que ces informations sont malgré tout importantes. On s'est montré disposé à aider au parachèvement des GAD et à les axer plus spécifiquement sur la situation à domicile. Pour cela, il est cependant nécessaire de pouvoir vraiment travailler avec les GAD, ce qui n'est pas encore le cas à l'heure actuelle.

3.1.10 Pour qui oui et pour qui non : l'intrument RAI dans les soins à domicile

Pendant l'intervision, nous avons évalué le point de vue des prestataires de soins sur l'opportunité de compléter ou non l'instrument RAI pour les clients recevant des soins à domicile.

Nous avions nous-mêmes proposé deux critères :

- la personne est cliente auprès d'au moins trois services d'aide ou soins à domicile ;
- la personne est cliente pour au moins trois mois.

Toutes les intervisions ont cependant mis en évidence que ces critères ne suffisent pas. Diverses raisons ont été évoquées.

Le nombre de services que le client reçoit ne reflète pas nécessairement son besoin en aide et soins. Par exemple : si un client a plusieurs enfants adultes qui lui apportent leur aide, ce client peut n'avoir recours qu'à peu de soins professionnels (par exemple uniquement un médecin traitant et un infirmier), mais certes faire appel à beaucoup de soins informels, de sorte que le RAI peut apporter une plus-value (alors que le client ne répond pas aux critères).

On juge le critère « nombre de services » très discriminatoire, parce que l'offre d'aides à domicile pour le même type de client varie d'une région à l'autre. Dans la pratique, il est fréquent que des clients nécessitent moins d'aide et de soins que d'autres, mais reçoivent cependant plus d'aide et de soins à domicile. De nombreux facteurs interviennent ici : les moyens financiers du client ou de sa famille, l'offre de services à domicile dans la région, l'ouverture de la famille ou du client face à ces services, etc. Ce n'est pas le nombre de services qui importe, mais bien le type de service dont il s'agit. Des services comme la distribution de repas chauds à domicile, le service de nettoyage et les soins infirmiers ne reflètent pas toujours le besoin d'aide et de soins d'un habitant. Par exemple : un homme de 85 ans qui fonctionne encore parfaitement au niveau des activités de la vie quotidienne, mais qui n'a encore jamais effectué aucune tâche ménagère dans sa vie. Il reçoit ses repas à domicile, une aide pour le ménage et, depuis trois ans, la visite d'un infirmier pour une injection tous les 15 jours, tout comme depuis six mois la visite d'un kinésithérapeute pour des exercices une fois par mois. Pour ce client, un RAI peut n'avoir aucune utilité, mais il répond aux critères.

Ce qui importe pour les SISD, c'est ce que les prestataires de soins font au domicile du client, plus que le nombre de services ou les prestataires de soins qui se rendent chez les clients.
Le coordinateur RAI d'un SISD observe qu'un formulaire RAI est certainement nécessaire si une concertation multidisciplinaire existe déjà pour le client. C'est systématiquement le cas si un kinésithérapeute, un infirmier et un médecin sont impliqués dans les soins prodigués à ce client. Le coordinateur des soins mentionne aussi qu'il ne peut en principe pas être question de conditions d'âge lors de la sélection des clients. Nous devons cependant remarquer ici d'emblée que la personne de l'exemple susvisé devrait aussi répondre à ces critères.

D'autres coordinateurs pensent qu'il est important de créer un instrument court composé de quelques questions du RAI (par exemple quelques questions des sections sur les activités de la vie quotidienne, sur les activités instrumentales de la vie quotidienne et sur les diagnostics) complété de quelques questions qu'ils jugent essentielles pour devoir lancer un RAI pour un client. Vous trouverez ci-après deux propositions de questions qui nous ont été transmises par deux SISD :

Questions de screening A :

1. Selon vous, y a-t-il un problème d'autonomie réduite (psychique / physique) ?
2. Selon vous, y a-t-il un problème de solitude / de négligence ?
3. Selon vous, y a-t-il des problèmes sur le plan de l'aide apportée par les proches / de l'aide professionnelle ?
4. Selon vous, y a-t-il un problème sur le plan du logement / de l'alimentation ?
5. Pensez-vous qu'une concertation multidisciplinaire peut être utile pour ce client ?

Questions de screening B :

1. Au cours des 90 derniers jours, d'importantes modifications sont-elles intervenues dans les conditions de vie du client ?
2. Un proche peut-il passer tous les jours chez le client ?
3. Le client dépend-t-il d'autres personnes pour pouvoir habiter chez lui ?
4. Des aides professionnelles se rendent-elles déjà chez le client ? Si non, les soins nécessitent-ils une extension ?
5. Une meilleure harmonisation des soins est-elle nécessaire entre les différentes aides professionnelles ?

Ces propositions devraient être testées.

Un SISD a proposé un système de cascade, en se référant à la présentation du Professeur Jan De Lepeleire au cours du symposium BELRAI. On y a demandé d'utiliser l'échelle Katz comme instrument de screening. Ils estiment que l'échelle Katz est un instrument adéquat, parce qu'elle compte peu d'items, mais ils pensent qu'il est certes nécessaire d'utiliser un

composant sur la cognition et un composant sur le diagnostic en complément. Quant à la demande de réfléchir à une proposition d'instrument de screening sans se référer à une échelle, les prestataires de soins de ce SISD ont estimé que c'était une tâche très complexe.

Un SISD a encore envoyé une autre proposition. Selon lui, le client doit présenter une situation de soins complexe dans laquelle sont impliqués différents prestataires de soins et aides. De plus, la situation doit être suffisamment connue pour pouvoir compléter un instrument RAI pour ce client. Ce SISD rejoint le principe d'un système échelonné selon lequel une évaluation plus détaillée devrait avoir lieu à mesure que la situation se complique.

Les prestataires de soins ont mentionné que le fait de compléter un RAI apporte une plus-value que pour les clients présentant un besoin important de soins (soins complexes), les clients pour lesquels les soins durent depuis déjà un certain temps (pas de soins qui commencent) et/ou pour les clients dont la situation ne change pas trop rapidement. Selon ce SISD, l'instrument RAI ne convient pas pour les situations de soins qui débutent, par exemple après la sortie de l'hôpital. Premièrement parce que toutes les questions du RAI ne peuvent pas obtenir de réponse, puisque les prestataires de soins concernés ne disposent pas de suffisamment d'informations sur la situation du client. Deuxièmement parce que l'image totale du client risque de se perdre si sa situation de soins n'est pas bien connue par les prestataires de soins.

4 Résultats des intervisions en région francophone

4.1 Intervisions inter-institutions

Du côté francophone, les premières intervisions se sont tenues les 19 (pour les MRS) et 20 juin (pour les SISD) 2007, avant les séances de formation.
Les objectifs astreints à ces séances sont multiples:

- assurer la reprise des contacts formels ;
- présenter les résultats BelRAI 2006-2007 [27];
- présenter la planification prévue pour l'année 2007-2008 et l'illustrer par une projection PowerPoint ;

[27] En région néerlandophone, une réunion a été organisée le 11 juin 2007 pour toutes les organisations participantes (le matin pour les SISD, l'après-midi pour les MRS), au cours de laquelle les résultats de BelRAI 2006-2007 ont été présentés.

- échanger, répondre aux interrogations des participants ;
- recueillir des données par l'entremise d'un entretien de groupe.

Un guide d'entretien (annexes 11.a., 11.b., 11.c., 11.d., 11.e.) a été conçu par l'équipe de recherche-action, en vue de servir de fil conducteur aux intervisions. Deux versions de ce guide existent pour être utilisées l'une auprès des SISD et l'autre auprès des MRS. De façon générale, plusieurs thématiques sont abordées dans l'une et l'autre de ces versions.

La première tient dans la formation et l'information que les professionnels impliqués dans la démarche RAI ont reçues.

La deuxième concerne tant l'organisation des différentes étapes de la démarche que les rôles respectifs attribués à chacun des intervenants.

La troisième est relative à la définition du type de résidant auquel la démarche serait plus particulièrement profitable.
Enfin, se noue une discussion relative à la participation des médecins ainsi qu'aux moyens mis en œuvre pour qu'ils fassent partie intégrante de la démarche.

4.2 Intervision inter-SISD

4.2.1 Définition du rôle de chaque professionnel et formation à la démarche RAI

Six SISD ont participé à cette intervision. De manière générale, les formations assurées par les SISD ont eu lieu lors du contrat précédent pour les motifs explicités plus bas.
Un SISD a informé des médecins lors de réunions de dodécagroupes, ainsi que des infirmières et des coordinatrices avec des informations liées aux diagnostics. Un complément de formations est envisagé.
Un autre SISD avait informé des médecins généralistes l'année précédente.

Un SISD a formé de nouvelles coordinatrices et des aides soignantes ainsi que des infirmières de CSD en remplissant notamment avec elles un instrument d'évaluation, et ce, sur une après-

midi. La représentante du SISD a également informé des médecins traitants au niveau des cercles de médecin et des GLEM.

Un SISD a suivi la même démarche et a ajouté des séances de nouvelles formations/ sensibilisations. Ce SISD a essayé de motiver les professionnels du terrain. Vis-à-vis des coordinatrices, une phase de « remotivation » a eu lieu, les jeux de rôle ont été utilisés dans le cadre de la formation.

Un SISD a organisé des séances d'informations mais des difficultés se sont posées, car la représentante de l'institution était elle-même peu formée. Au niveau des personnes formées, elle s'est intéressée aux salariées et aux indépendantes car les coordinatrices des services de soins à domicile ne voulaient plus participer au projet. Il s'agissait essentiellement d'une information. Par rapport aux médecins, une sensibilisation des médecins généralistes a été organisée et à cela se sont ajoutées des informations dispensées au niveau de maisons médicales et de services sociaux.

Dans un SISD, le RAI a été rempli au cours d'une réunion de concertation. 50 RAI ont été remplis cette année. La réunion durait une petite heure. Il faut noter que ces réunions sont habituelles au sein de ce SISD.

Dans un autre SISD, la réunion dure environ 1 h 30. On a aussi étudié les GAD pendant cette réunion.

Nombre de personnes formées par catégorie de professionnels pour 2 SISD

- 135 personnes ont été informées et formées par la représentante d'un SISD qui a rencontré beaucoup de cercles de généralistes et de dodécagroupes (environ 120 médecins). Pour le reste, elle a informé des infirmières et des coordinatrices de soins.
- Un autre SISD a informé environ 250 médecins, une centaine d'infirmières via les associations, environ 30 aides soignantes et 30 kinésithérapeutes via les associations. Précisons qu'il existe des associations d'infirmières et de kinésithérapeutes dans la province que couvre ce SISD, ce qui a facilité le processus.
- Un SISD suggère pour la cohérence du système d'informer les futurs médecins généralistes et de la même manière informer les étudiants des hautes écoles.

4.2.2 Outils utilisés par les SISD dans le cadre de la formation

- Un SISD a créé une projection PowerPoint pour informer au sujet des différents outils (instrument d'évaluation InterRAI, échelles, GAD), du projet en lui-même et de la démarche. En cas de formation ultérieure, il faudrait envisager une formation pratique avec un instrument d'évaluation RAI complété. Le SISD a mis au point un jeu de rôle où un de leur personnel entre dans la peau d'un client. Cette méthode semble attractive et efficace. La formation dure une demi journée, dont 30 minutes consacrées à l'information et à la présentation des différentes sections.
- Un SISD a fonctionné de manière presque identique mais en « atténuant » la complexité de la démarche. L'information a nécessité de 30 à 45 minutes avec le soutien de documents écrits.
- Un SISD a créé une projection PowerPoint pour les infirmières indépendantes mais ne l'a utilisé qu'une seule fois. Un dossier a également été constitué pour présenter le SISD et la démarche tout en favorisant les échanges avec les professionnels. Parfois, des questions étaient posées surtout à propos des AVQ – AIVQ (abréviations pas toujours comprises). Cette démarche demandait environ 2 heures. Pour les médecins, c'est essentiellement le questionnaire interRAI qui a été proposé dans les cercles de généralistes, pendant une durée variable d'un cercle à l'autre. Les projets du SISD étaient présentés en même temps.
- Dans un SISD, l'information des médecins traitants a été dispensée avec une projection PowerPoint, excepté une fois. Cette démarche a pris environ 30 minutes plus le temps d'échanges avec les prestataires. La formation des coordinatrices et des aides soignantes a demandé deux matinées et a utilisé un casus. Toutes les infirmières ont été informées l'année précédente et un complément d'information a été proposé cette année.
- Dans un SISD, plusieurs modules de trois heures ont été organisés en janvier 2006. L'information aux médecins traitants quant à elle durait de 30 minutes à 1 heure. Les coordinatrices de soins ont participé à des réunions de comités techniques et se revoyaient au bout de 1 à 2 mois.

4.2.3 Réflexion sur le type de client qui peut bénéficier au mieux de la démarche RAI

Sur ce sujet, les SISD sont du même avis. Ils proposent de ne pas utiliser de critères trop restrictifs, mais de partir des notions de « chronicité », de « complexité » et de « dépendance » comme pour le projet thérapeutique en santé mentale.

4.2.4 Réflexion sur la participation des médecins généralistes

Les SISD émettent les propositions suivantes :

- publier un article dans le journal du médecin et la revue de la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) ;
- envoyer une lettre informative rédigée par le SPF à l'ensemble des professionnels ;
- contacter les présidents des cercles et des associations de généralistes.

4.3 Intervisions sur site

Organiser les intervisions sur site est un choix posé afin, d'une part, de favoriser la participation de plusieurs intervenants et, d'autre part, de créer et de susciter les contacts personnalisés.

Ces intervisions tendent à recueillir des informations venant compléter celles déjà collectées lors des intervisions de juin 2007. Il s'agit en outre d'obtenir des précisions sur les informations contenues dans les réponses aux grilles de suivi transmises au préalable aux institutions. Le fil conducteur proposé dans ces grilles est plus ou moins identique pour les deux types de structures concernées par le projet BelRAI. Un fil conducteur spécifique pour les médecins a également été conçu mais a été peu utilisé. En effet, les quelques médecins qui nous ont accordé du temps ont participé aux intervisions en même temps que les autres praticiens, ce qui a rendu ardue l'utilisation du document qui leur était dédié.

Pour les SISD, cinq intervisions ont pu être organisées. Un SISD a décliné l'invitation n'ayant pas encore reçu de garantie suffisante en matière de protection de la vie privée dans le système BelRAI ; d'autres ont demandé à ce que l'entrevue se tienne après la réunion programmée par le SPF (dans une lettre du 8 mars 2008).

SISD	Intervisions sur site 2008
Liège (GLS)	29/02
Verviers (SISDEF)	20/03
Brabant Wallon (ECCOSSAD)	19/03
Charleroi (SISD CAROLO)	06/03
Tournai (CECOSTO)	28/04
SISD région du Centre et Soignies	n'a pas participé

A l'occasion des intervisions, cinq axes ont été explorés : l'organisation de la démarche, les critères pour la sélection des clients, l'infrastructure informatique, l'application Web et des outils, la formation.

Remarque préalable:

Les SISD étaient représentés lors des intervisions soit par une personne (n=3), soit par un trio (n=2). Parmi les personnes rencontrées, trois étaient médecins. Deux d'entre eux étaient, dans le cadre du projet BelRAI 2007-2008, plus particulièrement affectés à des tâches non directement thérapeutiques.

Par ailleurs, les SISD ont cessé de travailler sur la démarche RAI depuis la fin du contrat les liant au SPF. Ceci signifie donc que l'expérience qu'ils relatent est le reflet d'une situation figée, qui prévalait il y a plusieurs mois de cela. A cette époque, ils n'avaient pas reçu l'ensemble des outils accompagnant l'instrument d'évaluation. De surcroît, les remarques de certains participants aux intervisions concernent la version 2.0. alors que l'on travaille actuellement avec une version postérieure : la version InterRAI adaptée au contexte belge.

Enfin, certaines personnes interrogées n'ont qu'une connaissance pratique de la démarche RAI très réduite (voire inexistante) car elles ont été engagées à la fin du contrat précité et n'ont donc pas, de ce fait, utilisé le RAI dans leur travail. L'avis donné est alors le reflet d'échos des personnes auxquelles elles succèdent ou encore d'autres praticiens. L'opinion peut également être forgée sur base des représentations personnelles de l'intervenant qui n'a peut-être jamais utilisé l'outil RAI.

La combinaison de ces facteurs nous oblige donc à considérer les informations fournies avec la plus grande circonspection.

4.3.1 Organisation de la démarche

Deux outils distincts ont été conçus pour évaluer ce point. Il s'agit de grilles (préalablement transmises aux SISD) qui complètent le fil conducteur de la discussion menée lors des intervisions. La première grille est consacrée à l'examen de la mise en place et du suivi des différentes étapes de la démarche RAI. La seconde concerne la répartition des items de l'instrument d'évaluation entre les différents professionnels de soins.
A la date convenue des intervisions, aucun des SISD n'avait complété ces grilles, tous justifiant cette carence par l'absence de renouvellement du contrat par le SPF.

Les différents **moments d'évaluation** (Evaluation *« initiale »*, *« de suivi »*, *« lors d'un retour de séjour à l'hôpital »*, *« lors d'un changement significatif »*, *« 30 jours avant la sortie du service de soins à domicile »)*, évoqués dans la première étape de la *« grille de suivi »* sont jugés pertinents pour 2 SISD, à l'exception de l'évaluation à opérer 30 jours avant la sortie du service de soins à domicile. Un SISD ne sait pas se positionner et renvoie à l'avis des coordinatrices de soins. Un autre, ne sait pas s'il faut procéder à une réévaluation, à raison de sa « *…lourdeur de mise en œuvre…* ». Selon le représentant de ce SISD, de petites concertations ou l'utilisation d'outils de communication, tel un cahier de coordination, permettent d'atteindre l'objectif. Enfin, un SISD préconise une évaluation initiale suivie d'une ou plusieurs réévaluations à réaliser soit à intervalles fixés préalablement (ex : tous les six mois, avec le risque de survenir à un moment peu opportun), soit à des moments clés.

Ainsi, dans l'hypothèse où une dégradation est pressentie, le RAI peut alors constituer un outil utile pour la définition d'un nouveau plan de soins. De la même manière, une évaluation pourrait être réalisée avant un placement en institution. Il faut noter qu'un seul SISD a procédé à la réévaluation d'un client.

4.3.2 Professionnels entre lesquels sont répartis les items de l'instrument d'évaluation

Les praticiens rencontrés évoquent unanimement la nécessité d'attribuer à un professionnel la charge de la centralisation des données de l'instrument d'évaluation. Celles-ci sont soit collectées auprès des autres prestataires, soit dans certains cas, directement collectées auprès du client et/ou de sa famille. Actuellement, cette fonction est assumée soit par une infirmière de terrain (n=1), par une coordinatrice[28] de soins et de services à domicile (n=1) ou par une personne appartenant au SISD (n=3).

Différentes dénominations (*facilitatrice RAI, coordinatrice RAI, référente RAI, coordinatrice du SISD, ...*) sont possibles pour désigner les personnes chargées de la démarche RAI au sein des SISD. Pour éviter toute confusion avec les coordinatrices de centre de coordination de soins et de services à domicile impliquées dans la démarche RAI, que l'on pourrait appeler « *référentes RAI de coordination* », on désignera les personnes chargées d'assumer les tâches liées au RAI au sein des SISD par le vocable *«référentes RAI SISD »*

Trois SISD décrivent avec précision la clé de répartition retenue pour le partage des items entre les différents professionnels. Pour l'un de ces trois SISD, il s'agit de l'avis personnel de sa représentante qui précise que cet avis n'est peut-être pas en adéquation avec la pratique antérieure dans son institution. Une autre personne interrogée présente une grille de répartition des items réalisée par son prédécesseur avec version du MDS 2.0.

Les résultats sont présentés ci-dessous sous forme de tableaux (n=3)

Items à compléter par le **médecin traitant** :

SISD 1	SISD 2	SISD 3
Diagnostics médicaux		
Traitements et programmes		
Médicaments		
	Problèmes de santé	
	Facultativement le reste des items	Cognition, Etat nutritionnel/Bucco-dentaire, Responsabilité/directives

[28] Coordinatrice = soit infirmière, soit assistante sociale, soit …

Items à compléter par l'**infirmière** :

SISD 1	SISD 2	SISD 3
Cognition, Continence, Communication et vision, Fonctionnement dans la vie quotidienne, Perspectives de sortie et état général, Etat nutritionnel/bucco-dentaire, Etat de la peau et des pieds		
Informations d'identification, Admission et situation précédente, Humeur et comportement, Problèmes de santé, Responsabilité/Directives, Soutiens sociaux, Evaluation de l'environnement, Perspectives de sortie et état général		
	Médicaments	
	Les autres items (dont, facultativement les diagnostics médicaux)	

Items à compléter par la **famille/ l'entourage/ l'aidant proche du client** :

SISD 1	SISD 2	SISD 3
Humeur et comportements, Bien-être psycho-social, Evaluation de l'environnement, Perspectives de sortie et état général		Humeur et comportement, Bien-être psycho-social, Evaluation de l'environnement, Perspectives de sortie et état général
Responsabilité/Directives		Fonctionnement dans la vie quotidienne

Items à compléter par le **kinésithérapeute** :

SISD 1	SISD 2	SISD 3
	Etat physique et fonctionnel, Evaluation de l'environnement (+ facultativement le reste des items)	

Items à compléter par la **coordinatrice** :

SISD 1	SISD 2	SISD 3
	Soutiens sociaux, Evaluation de l'environnement	
	Facultativement le reste des items à l'exception des diagnostics médicaux, de l'état bucco dentaire, de l'état de la peau, des médicaments	Informations d'identification, Admission et situation précédente, communication et vision, Perspectives de sortie et état général, Information après une nouvelle prise en charge

Items à compléter par l'**assistante sociale** :

SISD 1	SISD 2	SISD 3
	Soutiens sociaux, Evaluation de l'environnement Facultativement le reste des items à l'exception des diagnostics médicaux, de l'état bucco dentaire, de l'état de la peau, des médicaments	

Items à compléter par l'**aide familiale** :

SISD 1	SISD 2	SISD 3
	Soutiens sociaux, Evaluation de l'environnement Facultativement le reste des items à l'exception des diagnostics médicaux et des médicaments	

4.3.3 Niveau de pluridisciplinarité et mode de fonctionnement

Deux SISD n'ayant pas de « référent RAI SISD » se sont chargés de l'encodage pour alléger la tâche des coordinatrices de soins à domicile ou des infirmières.

Dans le premier cas où les infirmières prennent une part active à la démarche RAI, le SISD se chargeait de l'encodage car le personnel soignant ne disposait pas systématiquement de l'outil informatique requis. Ce point sera abordé plus précisément au point 3.1.3 (infrastructure informatique). Quand le remplissage est assumé par les infirmières, c'était essentiellement pour leur connaissance fine du client et aussi parce que les coordinatrices de soins et de services à domicile étaient réticentes à assumer le surplus de travail occasionné par le RAI.

Dans le second cas sans « référent RAI SISD », l'ensemble des tâches liées au RAI (collecte de données et remplissage) a été assumé par des coordinatrices de soins et de services à domicile. Elles connaissent les clients et les rencontrent. Elles n'ont toutefois pas utilisé l'outil informatique.

Les autres SISD apportent des précisions quant à leur façon de fonctionner avec un « référent RAI au sein du SISD » et ses rôles. Il serait chargé de centraliser les données et de renvoyer les différentes informations aux professionnels concernés (n=1). Un autre SISD pense que ses rôles seraient de prendre des contacts avec les divers partenaires (coordinatrices essentiellement), d'organiser les réunions au domicile, de compléter et d'encoder l'instrument d'évaluation. Enfin, un dernier SISD précise les avantages d'avoir une personne référente extérieure à la relation de soins : cela permet d'avoir du recul, de ne pas accroître la charge de travail et d'obtenir pour les intervenants les résultats d'une évaluation utile pour la prise en charge du client. Les coordonnées des personnes à suivre sont transmises au « référent RAI SISD » par les coordinatrices de soins et de services à domicile. Le « référent RAI SISD » fait une visite à domicile avec une infirmière du client avec si possible la présence d'un membre de la famille. Le médecin traitant du client est rencontré, informé du projet BelRAI et son accord lui est demandé de compléter la partie relative au diagnostic. Le référent RAI SISD récolte l'ensemble des données utiles à la démarche, complète l'instrument d'évaluation, administre localement l'application web, attribue les identifiants et les mots de passe, détermine les rôles et encode. Il transmet les différentes informations aux personnes concernées, prépare les réunions de concertation pluridisciplinaire et assure le suivi de l'ensemble de la démarche.

Deux SISD se déclarent **satisfaits par leur façon de fonctionner avec la démarche RAI**, les trois autres ne donnent pas d'avis. Un ajoute toutefois qu'il serait souhaitable de prévoir une personne ressource RAI par centre de coordination de soins et services à domicile. La personne à engager pour cette fonction devrait disposer d'une formation de nursing complétée d'une expérience de terrain. Elle se consacrerait uniquement à la démarche et serait une personne ressource pour les autres. Elle aurait comme rôle de centraliser les informations et pourrait, selon les besoins, rencontrer le client, elle compléterait l'instrument d'évaluation et organiserait la réunion. Le SISD serait quant à lui disponible pour seconder et former.

Des freins au déploiement de la démarche RAI sont encore très présents : la lourdeur de l'outil, les difficultés à motiver les prestataires, le problème de la confidentialité. Pour des raisons de confidentialité, la préférence irait pour certains de laisser l'encodage aux professionnels de terrain.

Les leviers cités tiennent à l'amélioration des outils (nouvelle version du RAI, nouvelle application web,…) et au travail effectué au niveau du comité d'accompagnement interne à la structure.

Trois SISD évoquent l'existence d'une **convention** entre partenaires. Deux font référence aux conventions pour l'octroi de l'agrément de la Région Wallonne.

Sur les cinq services rencontrés, certains ont soulevé une éventuelle **redondance** avec les outils existants, alors que d'autres estiment le contraire. Une participante répercute l'avis des coordinatrices travaillant avec son SISD et répond que le RAI fait double emploi avec l'échelle de Katz. Deux autres font également référence à KATZ en précisant que cette échelle ne fait pas double emploi avec le RAI.

L'évaluation du **temps consacré à la démarche RAI** a posé des difficultés pour plusieurs motifs : le faible nombre de démarches abouties, la récolte de données réalisée par des personnes extérieures aux SISD, le turnover du personnel.
Pour enrichir le débat et les réflexions, l'équipe de recherche a tenté de cerner cinq composants du temps consacré à la démarche :

- formation ;
- demande de consentement ;
- collecte de l'information d'un client ;
- compléter le questionnaire ;
- préparation / mise en œuvre de la concertation autour d'un client.

Pour le premier SISD, une durée de quatre heures est requise pour une estimation globale comprenant « …*le temps de préparation, la prise de rendez-vous, le remplissage pendant la réunion de coordination sans inclure l'utilisation de GAD ni la réalisation des plans de soin* ».
Pour le second SISD, une durée d'une heure est évoquée sans précision.

Pour le temps consacré à l'aspect *formation,* un SISD précise qu'il a pris l'initiative de consulter un expert de la démarche. Une vingtaine d'heures a été consacrée, cumulativement, à la formation du personnel soignant. Du temps a été aussi consacré à la sensibilisation

individuelle des médecins. La coordinatrice de ce SISD a également accompli un travail de recherche et de collecte d'informations. Un autre SISD précise qu'hormis sa participation aux séances organisées par l'ULg, rien n'a été préparé ni organisé en matière de formation. Un troisième SISD souligne qu'il a consacré beaucoup de temps à la préparation et la révision du matériel de formation puisque les choses ont évolué. Des séances d'information d'une heure maximum ont été organisées ainsi que des formations réparties sur deux demi-journées.

Pour le temps consacré à la demande de *consentement éclairé du client*, aucune information précise n'a pu être recueillie.

Il est difficile d'apprécier le temps nécessaire à la *collecte de l'information relative à un client*. Les SISD doivent fréquemment contacter et recontacter le terrain, consulter la coordinatrice des soins et les autres soignants, consulter le client et réaliser les tests préconisés par InterRAI (1 heure 30 environ). A ce temps, doit encore s'ajouter le contact téléphonique avec le médecin généraliste ainsi que le trajet vers son cabinet et l'attente en ses locaux.

Le temps nécessaire au *remplissage de l'instrument*, selon un SISD, est d'environ 30 minutes pour la version papier par une seule et même personne auxquelles il faut ajouter entre 20 minutes à une heure pour l'encodage on-line. Le temps consacré à cette tâche est jugé assez réduit pour une personne lorsque toutes les informations sont en sa possession.

Préparation / mise en œuvre de la concertation autour d'un client:
Un SISD a calculé les GAD manuellement à partir de la version 2.0 de l'instrument d'évaluation. Un autre n'a ni sorti les alarmes, ni utilisé les GAD informatisés.
Un troisième consacre quelques minutes à l'édition des alarmes, sans que soient utilisés les GAD.
De manière générale, la concertation occupe un minimum de trois à quatre prestataires, pendant trois quarts d'heure à 1 heure voire 2 heures, pour les cas les plus complexes.

4.3.4 Critères pour la sélection des clients

Aucun critère n'est systématiquement appliqué. Les 5 SISD citent la perte d'autonomie ou le degré de dépendance comme critères de sélection. Trois SISD font spontanément référence à

ces critères pour organiser une réunion de concertation. Parmi les autres critères cités, on retrouve le « *lieu géographique* », des besoins en soins spécifiques, la complexité de la prise en charge, l'état de santé du client et son éventuelle dégradation.

A la question de savoir s'il y a un profil de clients pour lesquels la démarche ne serait *jamais* mise en œuvre, aucune réponse précise n'est proposée, sinon la situation d'une personne peu dépendante, (*« une personne qui n'a pas besoin d'une aide complète ne doit pas bénéficier d'une démarche complète »*). Un autre intervenant exprime une opinion contraire, selon laquelle les personnes plus dépendantes doivent être a priori exclues de la démarche RAI.
Une personne souligne néanmoins l'intérêt d'un outil de screening pour identifier les clients devant bénéficier de la démarche RAI.

4.4 Infrastructure informatique

Les SISD estiment que l'équipement au sein de leur propre structure est suffisant actuellement. Tous possèdent au moins un ordinateur équipé d'une connexion internet. Un participant signale que si le nombre de RAI à encoder devait croître rapidement se poserait le problème de la centralisation des informations par une seule personne.
Trois SISD précisent que les coordinatrices de soins et services à domicile ont aussi accès à un équipement informatique qu'elles savent utiliser de façon courante. Par contre, deux SISD précisent que les autres prestataires de soins sont insuffisamment informatisés ou ont trop peu, voire aucune, connaissances en informatique.
En cas d'implémentation générale, un SISD signale qu'il serait bon que chacun dispose d'un PC pocket, mais ce développement dépendra de l'avenir, des moyens octroyés ou encore de la convention avec le SPF.

Les médecins traitants apparaissent comme « *plus à la pointe de la technologie* ».

4.5 Application Web et outils

Peu d'informations relatives à l'application Web et aux différents outils ont été recueillies. L'application web a été peu testée en raison de sa fermeture mais aussi de l'absence de renouvellement de la convention SISD ... Un SISD indique s'être connecté

hebdomadairement ; d'autres déclarent ne jamais s'être connectés sur l'application web dans sa nouvelle version.

L'instrument d'évaluation InterRAI

La majorité des SISD perçoivent positivement le fait que le médecin puisse consulter l'instrument d'évaluation à distance, mais que cet accès doit être idéalement subordonné à l'obtention de garanties de confidentialité.

Quelques remarques relatives à l'instrument d'évaluation ont été formulées. L'instrument continue à être perçu comme trop long, bien que la version actuelle soit plus appréciée. Certaines difficultés évoquées ciblent le scorage de certains items (trop nombreux).

Les GAD

Aucun SISD n'a testé les GAD.

Deux indiquent les avoir seulement consultés lors d'une séance de formation organisée par l'équipe de recherche-action et n'ont donc pas encore d'avis, faute de recul.

Certains précisent que les GAD ne sont pas toujours adaptés au domicile et qu'ils ne doivent pas être trop longs, même s'ils sont intéressants : «*…il y a beaucoup à lire…, à exploiter, à étudier … et les coordinatrices et les infirmières n'auront jamais le temps de lire tout ça…* ». De là découle l'importance d'une personne ressource qui se consacrerait uniquement au RAI.

L'application web

Peu d'avis sont formulés car l'application web n'a pas (ou très peu) été utilisée dans sa nouvelle version.

Seuls, deux SISD l'ont expérimenté et ont perçu des améliorations : ajout d'informations sur les GAD, rapidité de passage d'une section à l'autre, réduction significative du nombre de blocages. Néanmoins, deux bémols sont signalés : l'utilisation d'une application web requiert un niveau de concentration élevé et les étapes avant de pouvoir encoder un client sont nombreuses. Ces utilisateurs souhaitent plus de souplesse au niveau de la procédure à suivre, ou encore à pouvoir éditer les GAD avant d'avoir complété intégralement l'instrument d'évaluation. Dans ce dernier cas, un avertissement devrait alors attirer l'attention de l'utilisateur : « *les résultats ne sont fiables qu'à X % étant donné que l'information complétée est partielle* ».

4.6 Formations

Les infirmières sont systématiquement citées par les SISD parmi le **personnel à former prioritairement**.

Le tableau ci-dessous présente les catégories de personnel à former en priorité, selon les structures interrogées :

Degré de priorité	SISD 1	SISD 2	SISD 3	SISD 4	SISD 5
1°	Infirmières, médecins, kinésithérapeutes	Infirmières, coordinatrices, médecins	Infirmières, coordinatrices	Infirmières, « référent RAI SISD »	Infirmières
2°	/	/	Médecins	Kinésithérapeutes, aides familiales	Les autres intervenants « sur le même pied »
3°	/	/	Kinésithérapeute	Médecins	/

En ce qui concerne le **regroupement de certains professionnels lors des formations et informations**, un SISD précise que les infirmières et les médecins pourraient être simultanément formés puisqu'ils sont amenés à travailler ensemble, même si la formation de l'infirmière devrait être plus approfondie.
Deux autres précisent que les informations et formations doivent être organisées par disciplines, car d'une part les différents professionnels ne disposent pas du même temps à consacrer à la formation et d'autre part l'homogénéité des groupes permettrait de tenir un discours plus ciblé.

Selon les SISD interrogés, les infirmières devraient être formées à l'ensemble de la démarche (n=3), être capables d'organiser et de gérer une réunion (n=1), être formées à compléter la version papier de l'instrument d'évaluation InterRAI.

Les coordinatrices, quant à elles, seraient formées à l'ensemble de la démarche (y compris à l'utilisation de « *l'informatique* ») (n=3).

Le référent RAI du SISD devrait être formé à l'ensemble de la démarche et à l'informatique (application web) (n=1).

Pour les médecins, les opinions suivantes ont été exprimées. Ils devraient être informés à l'ensemble de la démarche (n=1), être « simplement » informés, car ils ne complèteront jamais l'instrument d'évaluation (n=1), être informés ou formés dans l'éventualité où ils devraient compléter leur partie (n=1), être formés à compléter leur partie (n=1) ou encore être informés comme les autres intervenants (n=1).

Les propositions en ce qui concerne le kinésithérapeute ont trait à la formation à l'ensemble de la démarche (n=2), la formation à l'instrument (n=1) ou l'information identique à celle des autres intervenants (n=1).

Enfin, les aides familiales pourraient être formées à compléter l'instrument d'évaluation (n=1).

L'information et la formation pourraient être prises en charge par les SISD (n=3) ou en partenariat (n=1) avec les SISD. Tout est « *fonction de l'ampleur* ». La formation des médecins devrait être assumée par des médecins (n=2), les autres professionnels pourraient être formés par des infirmières (ou des paramédicaux) (n=2).

Certains subordonnent la prise en charge des formations par les SISD à la distribution d'outils pédagogiques standardisés. L'importance de la standardisation des formations est soulignée : un organisme extérieur devrait former des relais et fournir des outils standardisés. Certains professionnels pourraient avoir déjà reçu cette formation durant leur cursus de base.

Parmi les **besoins** exprimés par les structures rencontrées, on retrouve l'importance d'une « *graduation dans la formation* »[29], l'importance d'un financement, d'une formation

[29] L'intervenant a précisé que cela signifiait qu'il n'était pas nécessaire de former chacun à l'usage de l'ensemble de l'outil, mais bien d'adapter la formation à l'usage spécifique que fera chaque utilisateur de l'outil.

obligatoire et la nécessité de « *reprendre tout dès le début* » vu le contexte vécu dans certaines institutions (contrats, turnover, …).

Les **actions de sensibilisation, d'information et de formation mises en place auprès des médecins** se sont tournées soit vers des dodecagroupes et des cercles de médecins, soit vers des sensibilisations individuelles ou collectives organisées. Dans ce dernier cas, il ressort une faible participation des médecins.
Quatre SISD ont fait part des **réactions** des médecins traitants vis-à-vis de la démarche RAI. Les médecins ne l'ont pas jugée très positive (n=1) n'en percevant pas la finalité (n=2) ou ont été « *effrayés par l'aspect administratif* », inquiets de la surcharge de travail et du temps à y consacrer (n=3) ou encore redoutant que le RAI ne devienne un système de contrôle.
Selon les SISD, le frein majeur à leur participation, en région francophone, est le manque de garanties par rapport à la protection de la vie privée et au respect du secret professionnel.

Pour **impliquer davantage les médecins traitants** les propositions ciblent la formation des étudiants de dernière année, conseillent de prendre appui sur les représentants de généralistes ou leurs fédérations, en présentant les arguments favorables au RAI et à son utilité.

Un SISD ayant reçu en retour les instruments d'évaluation complétés par les médecins estime le fait de bon augure.

5 Conclusion

Les modes d'**organisation** de même que les niveaux d'**inter-** et **pluridisciplinarité** des SISD varient d'un service à l'autre. Ainsi, en région francophone, certains SISD n'avaient pas désigné de référent RAI en interne mais assumaient l'encodage des instruments d'évaluation tandis que d'autres SISD déléguaient cette tâche à un référent. Ce dernier était chargé de centraliser les données (recueillies auprès d'autres professionnels, voire au chevet du client), de les transmettre aux professionnels concernés et de contacter les partenaires. En région néerlandophone, la pluridisciplinarité prévalait pour compléter l'instrument, selon des modalités toutefois quelque peu différentes de celles des SISD francophones. Ainsi, certains SISD répartissaient les items en fonction des catégories de professionnels ; les médecins

traitants, étaient généralement contactés au préalable, pour compléter les sections *médicaments* et *diagnostics médicaux*.

Aucun **critère** précis de **sélection des clients** retenus pour le projet ne peut être mis en exergue. Néanmoins, la perte d'autonomie, le degré de dépendance, les besoins en soins, la complexité de la prise en charge ont souvent été décisifs dans la phase de sélection. Lors des intervisions, il a également été fait référence au cas du client nécessitant une réunion de concertation. La sélection via un instrument de screening a été suggérée.

L'**infrastructure informatique** dont disposent les SISD et les coordinatrices de soins sont jugées satisfaisantes. Des ordinateurs de poche sont vus comme un complément idéal.

Les adaptations apportées aux **instruments d'évaluation InterRAI** ont été accueillies positivement. Les **GAD** ont été peu calculés. Ils sont néanmoins considérés comme intéressants, voire essentiels.
Les utilisateurs ont apprécié les améliorations apportées à l'**application web,** notamment, les efforts déployés en vue de la suppression des bugs et d'une meilleure convivialité ont été salués par les utilisateurs
Les intervenants souhaitent que les **formations** soient organisées par ou en partenariat avec les services. De même, ils estiment qu'elles devront être standardisées et agrémentées d'outils pédagogiques.

Les réactions des **médecins traitants**, variaient au nord et au sud du pays. Le frein majeur à leur participation, en région francophone, est le manque de garanties par rapport à la protection de la vie privée et au respect du secret professionnel. Différentes pistes ont été évoquées pour susciter leur implication dont la nécessité de prendre appui sur leurs associations et/ou groupements professionnels.

Chapitre 5 : MRS : résultats des intervisions

1 Introduction

Ce chapitre est divisé en deux sections : les intervisions dans les MRS néerlandophones et les intervisions dans les MRS francophones.

2 Résultat des intervisions dans les MRS néerlandophones

En 2007-2008, de nouvelles intervisions ont été organisées avec les organisations participantes. Les intervisions ont été mises sur pied au sein même des organisations. Afin de se préparer, elles avaient reçus au préalable une liste de sujets et de questions (voir annexes 11 et 13b) qui seraient abordés dans le cadre de l'intervision. Ci-dessous, on trouve un résumé de ces intervisions.

MRS	Intervisions sur site
Zonnestraal	21/02
Mater Dei	25/02
Magnolia	26/02
Sint Jozef	28/02
Home Laarsveld	29/02
De Bijster	10/03
Ter Berken	12/03
Ten Kerselaere	13/03
Ter Poterie	17/03
De Boarebreker	23/03

Le nombre moyen de participants par intervision dans les maisons de repos et de soins était de quatre soignants. La fonction de ces participants variait selon l'organisme mais, en règle générale, il y avait toujours des chefs infirmiers et des coordinateurs de soins ou des coordinateurs RAI[30]. Ont également pris part aux intervisions des représentants d'autres fonctions telles que : infirmiers, infirmiers sociaux, aides-soignants, kinésithérapeutes, logopèdes, ergothérapeutes et assistants sociaux. Lors de trois intervisions, le directeur de l'institution a même participé.

Les prochains paragraphes résumeront brièvement ce que les personnes interrogées ont répondu lors des intervisions à propos de la formation, l'assistance reçue, l'outil en ligne, la version belge de l'outil, la sélection des résidants, le consentement éclairé, le formulaire InterRAI LTCF, l'infrastructure, l'implication des médecins et les GAD.

2.1 Formation

Des membres du personnel de 10 MRS ont pris part à la formation. En moyenne, trois membres par MRS ont été formés. Ces personnes se sont ensuite chargées de former les autres membres du personnel.

Étant donné qu'il s'agissait des mêmes organisations que celles qui avaient participé au premier projet RAI, les participants connaissaient déjà les outils RAI et InterRAI. La formation a dès lors mis l'accent sur l'utilisation de l'application en ligne et des GAD [31].

La plupart des participants ont estimé que la formation offerte était suffisante pour pouvoir utiliser l'application web. Ils ont également fait savoir que la nouvelle application était beaucoup plus simple que l'ancienne. Le fait que la formation a été dispensée en petits groupes, dans un local informatique où les participants pouvaient directement se mettre au PC a été accueilli positivement. D'autres points positifs étaient l'utilisation de cas et d'exemples pratiques et la mise en ligne du manuel et d'informations supplémentaires**.**

[30] Appellation propre aux institutions
[31] Suite à un retard d'InterRAI, les GAD n'étaient malheureusement pas encore disponibles au moment de la formation. Un exemple des GAD qui seront mis en ligne a été montré aux participants. Les possibilités de travailler davantage ces GAD ont également été examinées.

Les participants ont toutefois regretté que les GAD ne soient pas encore disponibles en ligne. Il a également été demandé que la formation soit plus orientée sur la pratique, surtout concernant l'interprétation des GAD et la discussion des directives pour les GAD.

Plusieurs coordinateurs RAI estiment qu'il faudrait disposer de davantage de matériel didactique pour implémenter le RAI au sein des institutions.

2.2 Assistance

Les MRS ont mis au point un système de helpdesk interne où les coordinateurs de soins ou les coordinateurs RAI tentaient en premier de répondre aux questions. Lorsque cela ne marchait pas, ces personnes contactaient le helpdesk (BelRAI LUCAS) par e-mail ou par téléphone.

Toute personne ayant contacté ce helpdesk a trouvé que sa question avait été traitée rapidement. Peu de problèmes (assurément en comparaison par rapport à l'année dernière) ont été signalés (relativement) quant à l'application en ligne. Toutefois, lorsqu'un problème surgissait, celui-ci était signalé aux informaticiens du CUO. Il s'agissait à chaque fois de petits problèmes rapidement solutionnés. De nombreuses questions ont été posées sur le fait que la date de clôture pour la liste de questions n'avait pu être changée après que cette même liste ait été lancée**.**

2.3 Application web

Les prestataires de soins pensent que l'application web est beaucoup plus simple et beaucoup plus conviviale cette année. Aucun crash n'a été constaté, et il a été simple de remédier aux bugs, Les bugs rencontrés ont été moins nombreux. L'introduction de nouveaux résidants et la création d'un questionnaire est plus simple et plus aisée que dans la version précédente. La rapidité de la fonction de recherche a également été appréciée. Le site Wiki, quant à lui, a été évalué très positivement.

Les utilisateurs ont relevé collectivement un problème : le fait qu'il faille à nouveau introduire les données d'identification du client dans la section A. Les renseignements tels que le nom, le prénom, la date de naissance, etc. qui avaient déjà été communiqués lors de l'introduction

du client dans le système étaient à nouveau demandés dans la première partie du questionnaire. C'est une perte de temps, et cela mène à une certaine frustration. Une solution sera recherchée. Il a également été demandé de faire le nécessaire de sorte qu'après l'ouverture d'un questionnaire, de nouveaux soignants puissent être ajoutés et le questionnaire ainsi complété. On vérifiera si cela est possible tout en conservant le niveau de sécurité du système.

2.4 Sélection des clients

Dans la plupart des MRS, les critères de sélection pour le choix des clients ont été discutés au cours d'une réunion d'équipe. Les critères utilisés variaient mais, la plupart du temps, on a recherché les clients les plus différents possibles afin de pouvoir encoder et tester une plus grande variété de situations. Deux institutions ont opéré une comparaison entre le résultat KATZ du résidant et les résultats du RAI. Elles vérifiaient que l'outil RAI reflétait bien le sérieux des soins, surtout pour ce qui à trait à la cognition et au comportement. Dans ces deux institutions, les soignants étaient satisfaits du RAI comme outil d'évaluation. C'est en effet dans les institutions au sein desquelles les résidants sont abordés sur base de leurs capacités et/où leurs capacités cognitives sont travaillées. Une de ces deux institutions travaille avec des clients psychogériatriques. Leur avis général est que l'instrument RAI est adapté pour évaluer la cognition et le comportement, contrairement à l'échelle de Katz. Selon les deux institutions, l'instrument RAI évalue mieux que l'échelle de Katz les besoins en soins. Dans les six autres institutions, ceci n'a pas été explicitement testé mais les soignants sont aussi d'avis que l'instrument RAI peut évaluer et mesurer les besoins en soins ce qui selon eux n'est pas le cas de l'échelle de Katz.

2.5 Consentement éclairé

Lors de la formation, les prestataires de soins ont vu dans le formulaire d'autorisation un goulet d'étranglement pour le projet. Ils craignaient que peu de clients (ou les membres de leur famille) n'accordent leur consentement à la participation au projet.

Lors de l'intervision, il avait été constaté que la plupart des MRS bénéficiaient suffisamment de la confiance de leurs clients et/ou leur famille pour en obtenir facilement l'autorisation. L'obligation de leur faire signer un consentement éclairé ne les a pas entravés dans le projet.

On a par ailleurs constaté que la description du contenu du projet et l'explication des conditions dans lesquelles l'étude se déroulait exigeaient beaucoup de temps aux prestataires de soins. Plusieurs familles qui n'avaient pas signé sur place, oubliaient de rapporter le formulaire, ce qui demandait encore du temps aux prestataires de soins pour le récupérer. On pense dans les MRS que les familles doivent signer beaucoup de formulaires et qu'un accord verbal devrait être suffisant pour pouvoir participer au projet. Dans l'ensemble, on peut noter que l'utilisation du consentement éclairé ne représente pas un problème, ou peu. Le fait de fournir une explication détaillée aux résidants et à leur famille ne pourrait être perçu comme négatif.

2.6 Compléter l'outil RAI

Dans toutes les MRS, l'outil RAI a été complété de façon multidisciplinaire. Cela s'est déroulé de différentes façons.

Dans la plupart des MRS, les différentes disciplines ont répondu au questionnaire. Dans presque tous les cas, c'était l'infirmier ou l'infirmière en chef qui en était responsable. Il ou elle se portait donc garant de l'ouverture et de la clôture du questionnaire. Dans les organisations concernées, un dossier électronique circonstancié a souvent été consulté pour répondre aux questions d'un certain nombre de sections de l'outil RAI (par exemple, les sections relatives au diagnostic, aux médicaments, aux traitements, etc.). Dans une organisation le MCC[32] (aussi médecin traitant de certains clients) a répondu à ces sections. Dans les autres MRS, les médecins ont été consultés mais ne complétaient pas eux-mêmes.

Dans différentes MRS, les médecins de famille ont été contactés pour les questions portant sur le diagnostic, mais la liste des médicaments était déjà mentionnée de façon très complète dans le dossier médical. Les infirmiers ou infirmières en chef estimaient qu'il était superflu de

[32] MCC : médecin coordinateur et conseiller

demander au médecin de remplir l'outil RAI. Ils ont effectivement contacté les médecins lorsqu'ils ne disposaient pas de toutes les informations sur le diagnostic.

Une observation récurrente est que l'outil RAI demande énormément de renseignements, qui se trouvent également dans le dossier électronique du client. Cela implique qu'il faut chercher ces renseignements dans le dossier et ensuite les recopier dans le questionnaire RAI.

Les prestataires de soins pensent qu'il est très important d'apporter une solution à ceci, par exemple, en créant un lien entre les différents logiciels sur le marché et l'application BelRAI. On évite ainsi de devoir retranscrire les informations concernant la médication, par exemple.

L'outil RAI a été divisé en sections par les responsables du questionnaire, et ces sections ont été distribuées parmi les différents soignants. La distribution s'effectuaient selon les tâches réalisées par le soignant (par exemple, le kinésithérapeute a répondu aux questions portant sur le test de la marche sur 4 mètres, sur les activités de la vie quotidienne, les activités de détente, le logopède s'est chargé des questions sur la communication, etc.). Dans trois cas, le soignant répondait aux questions sur papier et l'infirmier ou l'infirmière en chef se chargeait de mettre les données en ligne. Dans d'autres MRS, l'encodage se faisait directement en ligne par les différents soignants de sorte que ceux-ci puissent également employer la fonction d'aide et les informations complémentaires. Après avoir rempli le questionnaire, le responsable contrôlait toutes les réponses, clôturait le questionnaire et procédait au calcul des GAD.

2.7 Version belge de l'outil RAI

Les prestataires de soins flamands estimaient que la nouvelle version flamande de l'outil RAI était beaucoup plus adaptée au contexte local. Ils trouvaient qu'il était beaucoup plus simple de remplir le questionnaire, quant au contenu des questions, que dans la version précédente. Le fait que certaines idées avaient été « flamandisée », diminuait le nombre de questions confuses et améliorait la clarté des questions. En outre, les personnes qui ont répondu ont trouvé que les questions ajoutées étaient très importantes (annexe 1). Ces questions sont considérées comme essentielles afin d'obtenir une meilleure image globale de la situation du résidant.

Trois soignants estimaient aussi que l'outil RAI n'était pas encore à la hauteur quant à la description de la situation des personnes atteintes de démence. Il était difficile de répondre à certaines questions telles que celles portant sur un individu affichant un degré élevé de démence (par exemple, les questions sur ce que le client pense sur la qualité de la vie, la vision essentiellement positive, etc.). Le test de la marche sur 4 mètres est également difficile à effectuer dans ce genre de cas car le client concerné ne comprend pas le test, parce que certaines personnes atteintes de démence profonde peuvent marcher aisément un jour et éprouver beaucoup de difficultés à faire à peine quelques pas le jour suivant. Dans cinq MRS, on pense que l'outil RAI est très utile pour cibler certaines facettes de la démence, surtout en ce qui concerne le comportement du client. On y estime que l'outil RAI dispose d'éléments importants tels que la présence d'épisodes de délires et d'hallucinations que l'on ne retrouve pas dans les autres instruments.

Il a été souligné judicieusement que la section portant sur les traitements est difficile à évaluer dans le sens où le travail au sein de l'organisation est interdisciplinaire. On demande dans cette section combien de minutes sont consacrées à l'ergothérapie, la kinésithérapie et aux autres traitements. Les MRS qui travaillent selon une approche pluridisciplinaire trouvent cette question difficile à évaluer car elles ne font aucune distinction entre, par exemple, les exercices quotidiens AVQ et l'ergothérapie vu que c'est l'ergothérapeute qui s'en charge avec les résidants. Différentes activités « habituelles » sont également organisées en impliquant tant le kinésithérapeute que l'ergothérapeute. Ces activités peuvent être considérées tant comme de la kinésithérapie que comme une animation. De cette façon, il est vraiment très difficile de chiffrer le nombre de minutes consacrées à l'ergo, à la kiné ou à l'animation.

Une MRS a indiqué que l'instrument InterRAI-LTCF n'était pas le mieux approprié pour son organisation. Il serait préférable pour elle de travailler avec une combinaison du RAI-LTCF et du RAI-HC. Cette MRS fonctionne d'ailleurs selon le concept de « résidence normalisée de petite échelle » où la maison de repos s'organise autant que possible comme une simple maison. Les résidants sont par exemple impliqués dans les tâches ménagères. Par conséquent, pour cette maison de repos, l'outil RAI doit comprendre des éléments psycho-sociaux, des items d'AIVQ et les items sur la situation de dépendance, etc. Cela peut être obtenu via la combinaison adaptée de LTFC et HC.

2.8 *Infrastructure*

Deux des dix MRS participantes disposaient de trop peu de PC pour permettre à l'infirmier ou l'infirmière en chef de remplir l'outil RAI en ligne pour son service. L'encodage des données était effectué par un coordinateur RAI qui disposait d'un ordinateur. Dans les huit autres MRS, il y avait au moins un ordinateur par service. Les infirmiers ou infirmières en chef pouvaient utiliser ces ordinateurs pour remplir l'outil RAI en ligne. Les soignants ont apprécié que l'application web soit également accessible depuis leur domicile, car ils pouvaient ainsi remplir parfois le questionnaire après leurs heures de travail ou pendant le week-end.

2.9 *Implication des médecins*

Seulement dans une des MRS, le RAI a également été rempli par le MCC (en tant que médecin généraliste des clients). Dans d'autres organisations, on a également contacté les médecins de famille pour éclaircir certaines zones d'ombre dans les dossiers ou poser des questions sur le diagnostic des résidants.

Le MCC a rarement rempli le questionnaire mais dans presque toutes les MRS, il était toutefois impliqué dans le projet. Il ou elle a également fait connaissance de l'outil RAI. Cela se faisait principalement lors de la présentation du projet dans l'institution mais aussi lors de la sélection des clients pour le projet. Dans tous les cas, le MCC est également médecin de famille et était à ce titre responsable de plusieurs résidants qui avaient été sélectionnés pour le projet. Lorsque le cas se présentait, le MCC contribuait au rapport et aux discussions sur les résultats du RAI.

Les coordinateurs RAI doutaient du fait que les médecins de famille acceptent de remplir le questionnaire sans rémunération. Ils pensaient que certains médecins de famille seraient bel et bien prêts à fournir des informations aux infirmiers/infirmières en chef, mais pas à consacrer du temps pour le remplir eux-mêmes. Ils trouvaient cela idéal que l'outil soit disponible en ligne et que les médecins puissent remplir le formulaire depuis leur cabinet ou domicile.

Les soignants ont conseillé d'informer les associations de médecins sur le projet pour qu'ensuite les MRS puissent les joindre et les motiver. Le projet RAI utiliserait à cet effet différents moyens et sources d'information : notamment par le biais des centres académiques de médecine générale, des associations de médecins et des associations médicales professionnelles, de manière à ce que les médecins puissent être approchés via différents canaux et que leur bonne volonté en soit stimulée. On estime indispensable que les médecins découvrent la plus-value de RAI lors de ces séances d'information et de formation à travers les GAD. D'ailleurs, ils ne seront pas enclins à participer sans voir les aboutissements de leur investissement de temps.

2.10 GAD

Sept MRS ont calculé et utilisé les GAD. Cinq MRS ayant déjà calculé et discuté des GAD, les ont trouvés intéressants. Remarque importante : seuls les GAD qui ont déjà été mis à la sauce belge sont considérés comme importants à utiliser dans la pratique. Les soignants ont regardé la liste des GAD se rapportant à leurs clients et ont ensuite consulté le site Wiki pour une explication sur les résultats. Les MRS ayant calculé les GAD après la fin janvier se sont reportés directement aux liens de la liste des GAD pour en obtenir l'explication. Avant la fin janvier, ces liens n'étaient pas encore actifs et les soignants devaient surfer sur le site Wiki pour obtenir les explications. Les MRS qui ont pu consulter directement les explications à partir de la liste estiment qu'il s'agit là d'un pas considérable en avant. La facilité avec laquelle on peut consulter des informations sur les scores a été très appréciée.

La plupart des soignants qui ont déjà regardé les GAD pensent que ceux qui n'ont pas encore été adaptés à la situation en Belgique sont un peu moins intéressants dans la pratique. On trouve des informations sur la signification du risque ou du problème, mais il manque un plan étape par étape pour prévenir ce risque ou ce problème. Il convient donc de retravailler en priorité les autres GAD. Quant aux GAD les plus urgents (exception faite des GAD qui ont déjà été convertis, à savoir Immobilisation, Chutes et Délire), il s'agit des GAD Incontinence urinaire, Incontinence fécale, Douleur et Escarres. Les soignants ont fait savoir que les GAD sont ce qu'il y a de plus importants dans le projet RAI. Grâce à ces GAD, on peut voir le résultat de l'investissement en temps que coûte le remplissage de l'instrument d'évaluation.

Lorsque les GAD sont correctement expliqués avec des directives orientées vers la pratique, les prestataires de soins ont une motivation supplémentaire : ils ne remplissent pas seulement le RAI adéquatement, ils recueillent également des informations à utiliser dans la conception du plan de soins de leurs clients.

D'après les prestataires de soins, les GAD travaillés sont trop détaillés à lire ou à discuter durant l'entretien avec le résidant. Ainsi, ils ont lu le texte préalablement et préparé un résumé pour l'entretien avec le résidant. Dans presque toutes les MRS, le coordinateur RAI ou l'infirmier/infirmière en chef à imprimé le GAD des clients et l'a distribué aux collaborateurs. Il leur a été demandé de lire le texte et d'apporter leurs commentaires. Dans deux MRS, le coordinateur RAI a lu le texte, suggéré des améliorations au plan de soins et formulé des propositions pour la communication interdisciplinaire.

Dans sept MRS, les prestataires de soins ont tenté de mettre les GAD à l'épreuve de la situation réelle des résidants. De cette façon, grâce au GAD et à l'échelle « Dépression » du RAI, un haut risque de dépression a pu être détecté chez un résidant. Ensuite, grâce à une observation plus approfondie on a pu remarquer qu'un risque réel était bien présent. Le sujet a dès lors été abordé avec le médecin généraliste du résidant concerné afin d'adapter le plan de soins en conséquence.

L'impression des GAD a été considérée comme une opération qui prend du temps. Cela vient du fait que l'explication des GAD pour un résidant n'est pas générée automatiquement. Les prestataires de soins doivent d'abord cliquer sur les scores pour atteindre l'explication et ensuite l'imprimer. Il a été demandé qu'outre l'explication Wiki, on produise une version imprimable reprenant toutes les explications en un seul document.

Dans deux MRS, les infirmiers/infirmières en chef ont trouvé que les résultats des GAD n'étaient pas spectaculaires. Ils trouvaient que les informations sur les GAD qui avaient déjà été transformées étaient bel et bien utiles mais ils n'apportaient rien de neuf pour autant, car ces directives sont déjà bien connues des prestataires de soins. Ils pensaient que ce n'était peut-être pas le cas de tous les infirmiers/infirmières dans toutes les maisons de repos. Ils ont souligné que le fait qu'ils connaissent déjà ces directives pouvait être un signe que les MRS où ils travaillaient prodiguaient des soins de haute qualité.

Au cours des intervisions, un certain nombre de prestataires de soins ont formulé des suggestions et commentaires à propos du contenu des GAD. Ainsi, un participant a fourni un avis par rapport à l'explication du GAD Sous-alimentation qui plaidait d'administrer une quantité de calories qui n'était pas toujours appropriée pour des personnes âgées, surtout celles nécessitant des soins de confort. Les soignants doivent cependant comprendre que les recommandations contenues dans les GAD doivent être individualisées. On doit toujours établir des plans de soins acceptables et différents d'un résidant à l'autre. Aussi, par exemple le même GAD peut être déclenché pour deux clients avec le même score, cependant leur plan de soins peut être différent. Le GAD Chutes a également été abordé. Le GAD n'avait pas été activé pour un résidant alors qu'il était évident que ce résidant courait un haut risque de chutes. L'équipe de recherche avait déjà décelé le problème et l'avait communiqué à InterRAI. Le problème a été présenté à Brant Fries, Président d'InterRAI, lors de l'atelier du 20 février 2008. Le GAD n'est en effet déclenché que pour les clients qui sont tombés au cours des 90 derniers jours. Brant Fries a répondu que l'algorithme de ce GAD était validé par une recherche scientifique reposant sur une grande quantité de données. Le Professeur Koen Milisen, expert en la matière, a confirmé que les chutes survenues dans le passé étaient les meilleurs présages pour les chutes à venir. Néanmoins, dans la pratique, d'autres facteurs augmentent aussi le risque de chutes (comme l'instabilité pendant la marche, les troubles de l'équilibre, etc.). Le secteur se concertera ultérieurement sur ce point. L'algorithme du GAD sera éventuellement adapté.

Toujours à propos du GAD Chutes, un infirmier/infirmière en chef a également souligné (directement) que des directives qui y sont liées doivent aussi être développées et ne pas se baser uniquement sur les caractéristiques du client mais aussi celles de son environnement de vie (par ex. l'agencement de la maison, etc.). Ces directives sont déjà accessibles en ligne sur le site Wiki. Il/elle a également exposé le fait que le risque de chuter peut être plus élevé lorsque le client se sédentarise. Le risque de chutes est plus faible lorsque l'individu n'est pas sédentarisé car, lorsqu'il se sédentarise, un effet d'accoutumance intervient dans les muscles et le cerveau. On évitera donc le plus possible l'immobilisation. On trouve aussi cela sur le site Wiki. Il a toujours été mentionné que les moyens de contention n'étaient pas efficaces pour prévenir les chutes et que les lésions de chutes conséquentes l'étaient plus pour des clients sous contention par rapport aux autres.

De telles suggestions et observations peuvent, après vérification, être parfaitement intégrées aux explications et aux plans étape par étape sur le site Wiki. De cette manière, le site Wiki peut devenir un instrument dynamique, orienté pratique et constamment actualisé.

Les participants ont demandé l'apparition d'un message dans l'application lorsque plusieurs GAD ne pouvaient être calculés. Ils estimaient important qu'outre ce message, des informations apparaissent également sur les items qu'il restait à remplir ou qui avaient été remplis erronément, empêchant de ce fait le calcul des GAD.

Les prestataires de soins ont indiqué qu'au début il n'était guère facile de mettre au point un plan de soins sur la base des GAD. Ils ont souligné que les GAD ne comportaient aucune information personnelle mais bien des lignes directrices générales. C'est effectivement correct. L'intervention de prestataires de soins connus par les résidants demeure essentielle et ne peut être automatisée. Les prestataires de soins ont raconté que les directives aident dans la création d'un plan de soins, mais qu'il convient avant tout d'avoir confiance en ces directives. Il faut les avoir pour ainsi dire « en tête ». Enfin, il a également été mentionné qu'il était essentiel que les médecins de famille collaborent étroitement dans l'utilisation des directives et dans l'établissement du plan de soins.

3 Résultats des intervisions dans les MRS francophones

3.1 Intervisions inter-MRS

3.1.1 Définition du rôle de chaque professionnel et formation à la démarche RAI

Cette intervision a rassemblé 6 institutions de type MRS qui participaient au projet BelRAI 2007. Au sein de ces institutions, outre les fonctions habituelles telles qu'infirmière, infirmière en chef, médecin coordinateur, aide soignante, kinésithérapeute et ergothérapeute travaillent également des logopèdes (3 institutions), des assistantes sociales et des animatrices (2 institutions).

Au sein des ces institutions, ont été formés des infirmières en chef (6 institutions), des infirmières (5 institutions), des aides-soignantes, des ergothérapeutes (2 institutions) ainsi que des kinésithérapeutes (1 institution). Il faut remarquer que dans la plupart des institutions participantes, un membre de la direction a assisté à la formation. Toutes les institutions, sauf une, ont été formées au sein du projet BelRAI 2006. La nouvelle institution participante a déjà reçu une explication du projet, de la démarche, de la méthode pour compléter l'instrument d'évaluation via une personne déjà formée au sein de leur institution.

Tous les participants expriment le besoin de formation pour tous les types de professionnels. Ils souhaitent la même formation pour tous les intervenants car tous doivent comprendre l'utilité de la démarche et sa philosophie, même si certaines questions du MDS ne seront pas remplies par tous.

Pour l'encodage informatique, la situation idéale serait que chaque professionnel puisse encoder alors que pour l'instant, un système où une personne encode pour tous permet plus de cohérence par rapport au fonctionnement des MRS. Il faut acquérir une certaine habitude de l'outil pour finalement se détacher du papier et encoder ses observations.

Il faut signaler que les MRS qui ont testé la méthode "tout informatique" ne voudraient pas revenir au papier. Lorsque les professionnels sont peu habitués à l'écriture, cela peut freiner la version papier, et l'informatique peut alors devenir un "facilitateur".

L'infirmière chef est le moteur de la démarche dans les MRS, c'est elle qui devient naturellement le gestionnaire de cas. Certains expriment que le médecin traitant ou le médecin coordinateur pourraient idéalement occuper cette fonction mais les MRS rencontrent, avec les médecins, de nombreux obstacles tels que : le manque de temps, le manque de motivation *« pour tout ce qui oblige à passer par l'écrit »,* l'absence de rémunération pour compléter l'instrument d'évaluation InterRAI, la crainte de partager l'information médicale,…
La fonction infirmière se retrouve au centre de la mise en place de la démarche. Deux MRS intègrent l'aide-soignante dans cette réflexion.

3.1.2 Réflexion sur le type de résidant qui peut bénéficier au mieux de la démarche RAI.

Il est impossible de déterminer des critères objectifs dans le groupe.
Une institution explique que si le client est trop dépendant (fin de vie, soins palliatifs, …) ou si le client est dément mais autonome, ils ne feraient pas de démarche RAI.

Les personnes âgées pouvant au mieux bénéficier de la démarche sont les personnes chez qui l'instrument d'évaluation va faire gagner du temps dans sa prise en charge. La question sous-jacente est de savoir quel est le bénéfice que va rapporter le RAI pour l'ensemble des résidants. Ce fait leur semble difficile à évaluer car les équipes « fonctionnent déjà bien sans le RAI ».

Dans certains cas, les problèmes seront déjà apparus, voire résolus, avant que l'instrument d'évaluation ne soit exploité.
Si on réalisait une démarche RAI dans une institution où aucune démarche en soin n'est instaurée, on pourrait sélectionner les clients sur base de trois critères :

a. client chez qui une démarche en soins bien intégrée par l'équipe multidisciplinaire, où chacun y apporte ses compétences en fonction de son rôle est un atout majeur dans la prise en charge, notamment, en raison de la dépendance élevé du client ;
b. client avec problème ponctuel ;
c. personne qui pourrait être oubliée car présente depuis très longtemps.

Si la démarche RAI est utilisée comme démarche en soin dans l'institution, elle doit être revue de manière régulière. Or pour l'instant, elle fait double emploi dans certaines institutions, ce qui rend les évaluations intermédiaires peu utiles. Les institutions ne pensent pas quitter leurs outils pour les remplacer par le RAI.

3.1.3 Réflexion sur la participation des médecins généralistes

Certains médecins coordinateurs connaissent la démarche RAI mais ne sont pas spécialement impliqués. Il n'y a donc pas encore de participation effective et complète.

Lors des intervisions les représentants des institutions pensent qu'en fonction de la personnalité du médecin, certains pourront s'intégrer dans la démarche. L'implication du médecin ne sera jamais liée qu'à sa personnalité, sa motivation de s'impliquer au sein des MRS. Une intervention auprès des médecins, proposée par le groupe de recherche serait quasiment sans effet.

Dans une MRS de « village », dont la structure est bien intégrée au niveau local et dont les liens avec la population avoisinante sont forts et positifs, le médecin, lui-même représentant de cette population, a également des liens plus forts avec la MRS. Cela se traduit par une plus grande implication dans les projets de la structure.

3.2 Résultats des intervisions MRS sur site

Les MRS étaient représentées, lors des intervisions, par un nombre variable de personnes, allant de une à sept. Une infirmière chef était systématiquement présente. Deux directions et trois médecins coordinateurs ont également pris part aux intervisions. Le tableau suivant donne un résumé des intervisions dans les MRS francophones.

MRS	**Intervisions sur site**
Tournai	28/02
Spartacus (Courcelles)	04/03
Durbuy	11/03
CHBA	Annulée deux fois par la direction
Apollo	12/03
Bütgenbach	12/03
Soignies	07/04
IPAL	05/03
Floradant (Libramont)	12/03
Bouge (Namur)	19/03

Comme indiqué auparavant, un fil conducteur spécifique aux médecins avait été conçu et a été utilisé lors de la rencontre avec un médecin coordinateur. Les opinions des médecins sont intégrées à celles formées par les autres professionnels.

Cinq thèmes ont été abordés pendant les intervisions :

- l'organisation de la procédure ;
- les critères de sélection du résidant ;

- l'informatique ;
- l'application web et les instruments ;
- la formation.

Si on trace l'état d'avancement du travail effectué par les MRS dans le cadre de ce projet, on constate que trois d'entre elles ont continué à compléter des instruments d'évaluation et à réfléchir sur l'ensemble de la démarche (même si elles ne l'ont pas appliquée jusqu'au bout).

La situation est plus difficile à évaluer pour plusieurs autres institutions. L'une indique avoir rencontré des difficultés organisationnelles liées, à un manque d'effectif. Une seconde précise qu'elle *« n'a plus rien fait et qu'elle n'envisage rien avec le RAI ... tant que ce n'est pas correctement financé. »*. Une troisième MRS a utilisé le RAI mais a peu de possibilités d'accéder aux différents sites (site test, officiel et Wiki) en raison de limitations imposées par l'institution. Une dernière indique spontanément avoir peu avancé. Elle précise que les différentes étapes de la démarche n'ont pas été réalisées faute de temps et de personnel.

3.2.1 Organisation de la démarche

Les grilles adaptées aux spécificités des MRS ont été préalablement adressées aux institutions concernées. Elles complètent un fil conducteur (voir supra) et servent au canevas à la discussion. Seules trois maisons de repos ont complété le document. L'analyse ne permet donc pas d'obtenir une image fidèle de la pratique générale du terrain. Quoi qu'il en soit, l'analyse de ces résultats est la suivante.

Les différentes sections sont remplies par :

- La section A (information d'identification) et la section B (admission et histoire personnelle) : l'infirmier en chef ou une infirmière.
- La section C (cognition), la section D (communication et vision), la section E (humeur et comportement) et la section F (bien-être psychosocial) :
  - un infirmier dans une MRS
  - un ergothérapeute dans une autre
  - un ergothérapeute, une aide soignante ou un infirmier dans la troisième MRS.
- La section G (fonctionnement dans la vie quotidienne):

  - Dans deux MRS, un infirmier, excepté l'item « déplacement / marche » qui est rempli par le kinésithérapeute. Notons que l'aide soignante participe dans une des deux MRS.
  - L'infirmier chef, l'ergothérapeute et le kinésithérapeute.
- La section H (continence): un infirmier
- La section I (diagnostics médicaux) :
  - Le médecin traitant dans une MRS
  - Le médecin traitant et l'infirmier dans une autre MRS
  - L'infirmier dans la troisième MRS
- La section J (problèmes de santé):
  - Un infirmier
  - L'infirmier et le médecin traitant dans une MRS
- La section K (état oral et nutritionnel) et la section L (problèmes de peau) : un infirmier.
- La section M (poursuite des occupations):
  - Un infirmier dans une MRS
  - L'infirmier, l'ergothérapeute et l'aide soignante dans une autre
  - Le médecin, l'infirmier, l'ergothérapeute et le kinésithérapeute en fonction des items dans la 3ème MRS
- La section N (médicaments) : un infirmier et un médecin en général.
- La section O (traitements et procédures) : un infirmier, avec une aide soignante dans une des MRS.
- La section P (représentation / volonté) : l'infirmier chef ou un infirmier.
- La section Q (perspectives de sortie), la section R (sortie) et la section T (information sur l'évaluation) : l'infirmier chef.

Grille de suivi de la démarche

Seules quatre maisons de repos et de soins ont complété le document. L'analyse des résultats est la suivante.

- La 1ère étape de la démarche RAI : le recueil de données

- *La sélection des clients* : c'est soit l'infirmier en chef, soit l'équipe qui choisit le client devant bénéficier de la démarche.
- Le *gestionnaire de cas* est soit l'infirmier en chef, soit l'infirmière référente du résidant.
- Les *critères de choix du résidant* cités sont :
  - La capacité d'évolution de la personne âgée
  - Une évaluation globale ou une nouvelle évaluation
  - Le besoin de l'équipe de mieux connaître la personne âgée
- Les professionnels impliqués dans *l'évaluation à l'admission* sont souvent : l'infirmier en chef, les infirmières, les aides soignantes, le médecin généraliste, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute
- *Les sources des informations* recueillies : questionnement des collègues ou consultation des dossiers à disposition (dossier individuel) ; parfois la famille est consultée
- Les *supports utilisés pour le recueil* des données sont : le dossier individuel du résidant de manière générale
- Le *rôle du médecin généraliste et du médecin coordinateur* est généralement « passif » ; le personnel s'informe des diagnostics et du traitement et assure la retranscription
- En ce qui concerne *l'évaluation trimestrielle*, seule une maison de repos en a réalisées. L'initiative vient du chef infirmier et les professionnels qui interviennent sont les mêmes qu'au moment de la première évaluation. Le médecin n'est pas intervenu lors de cette évaluation.
- En ce qui concerne *l'évaluation lors d'une réadmission* ou lors d'un changement significatif dans l'état du client, aucune maison de repos n'a rencontré ce cas de figure.

- La 2ème étape de la démarche RAI : l'analyse et l'interprétation des données
  - Le gestionnaire de cas imprime les GAD et l'équipe discute sur base de ce document au cours d'une réunion d'équipe.

- La 3ème étape de la démarche RAI : détermination des objectifs appropriés, choix et planification des interventions interdisciplinaires

- Le *plan de soins* est élaboré au cours d'une réunion d'équipe. Le gestionnaire de cas ou l'infirmier en chef détermine et décide de la planification. Pour certaines maisons de repos, la décision est prise en équipe. Les éléments sont alors transmis aux membres de l'équipe.

- La 4ème étape de la démarche RAI (transmission des observations intra-et/ou inter-structures) et la 5ème étape de la démarche RAI (évaluation interdisciplinaire de la prise en charge et évaluation de la démarche)

  Seule une maison de repos a répondu. Au niveau mésoscopique, les observations étaient transmises à toute l'équipe. Au niveau macroscopique, elles ont été transmises à la famille et/ou au médecin. L'évaluation de la prise en charge montre « *…une meilleure intégration par l'équipe, ce qui a « vu » une amélioration de la prise en charge de la personne âgée…* » (par exemple : maintien de l'autonomie, augmentation de la participation à la vie en groupe, diminution de l'agressivité).

Moments d'évaluation du client

Trois MRS sur six précisent qu'il est utile d'évaluer la personne âgée à l'admission, lors d'une réadmission, après un retour d'hospitalisation ou lors d'un changement significatif de l'état de santé. L'évaluation trimestrielle est considérée comme superflue (n=3). L'évaluation d'admission ne doit pas coïncider exactement avec le moment de l'admission (n=2) ; un délai d'une semaine devrait séparer l'admission de l'évaluation (n=1) voire de dix à vingt jours (n=2). Ce délai correspondrait au « *temps nécessaire pour que la personne retrouve un certain équilibre* ». Une MRS préconise une évaluation à l'admission et lors d'un changement significatif de l'état de santé de la personne âgée.

Dans sept institutions, aucune grille de suivi et de répartition des items de l'instrument d'évaluation par discipline n'a pu être complétée pour la date de l'intervision. Lors de l'intervision, quatre structures ont indiqué de façon précise les clés de répartition des items du RAI LTCF entre les différents praticiens concernés.

Professionnels entre lesquels sont répartis les items de l'instrument d'évaluation

Selon sept intervenants ayant fourni des précisions sur ce point, les items de l'instrument d'évaluation se répartissent (ou devraient se répartir) essentiellement entre l'infirmière chef ou l'infirmière et un ou plusieurs paramédicaux (logopède, ergothérapeute,…). L'animatrice, la stagiaire et la directrice sont plus rarement cités.

Le médecin traitant peut être intégré à la prise en charge de certains items (n=5) comme la partie relative aux stomies (n=1) et aux diagnostics médicaux (n=2). Une MRS stipule que le médecin traitant devrait compléter des items consacrés à la cognition, à la continence, aux diagnostiques médicaux, aux traitements et procédures à la sortie.

Niveau de pluridisciplinarité et mode de fonctionnement

Dans huit institutions, un professionnel « centralise la démarche » faisant intervenir, de façon variable, d'autres membres de l'équipe. Ce professionnel est généralement l'infirmier chef ou un infirmier. Dans une institution, par contre, les différents praticiens complètent chacun à leur tour, sans qu'il n'y ait de répartition des rôles précise.

Dans une institution, la sélection des clients qui bénéficieront de la démarche fait l'objet d'une concertation préalable. L'encodage des informations se fait ensuite directement sur PC. L'idéal serait selon cette MRS d'instituer une personne chargée tant de collecter les informations que de les encoder.

Le *rôle des médecins*.

L'intervention des médecins coordinateurs peut être diverse : ils sont soit « *au courant mais sans plus* », soit ne jouent aucun rôle spécifique dans la démarche RAI, soit interviennent au niveau de propositions de soins, faisant partie intégrante de l'équipe de soins. Dans trois MRS, les médecins généralistes complètent leur partie, mais certains « *sont poursuivis par l'infirmière chef pour qu'ils remplissent leur partie* ».

Des institutions ont estimé qu'« *une personne devrait être engagée pour s'occuper spécifiquement du RAI* » ou qu'« *à l'avenir, l'idéal serait que chaque personne puisse encoder son client pour permettre d'avoir une vue d'ensemble* » .
Deux institutions jugent que le RAI n'est pas adapté car elles disposent déjà d'outils performants alors que le RAI est lourd à mettre en œuvre.

L'instrument d'évaluation et les GAD sont-ils **redondants** par rapport à d'autres outils actuellement utilisés ?
Deux des neuf MRS précisent que *non :* l'une précise que le RAI est plus complet et l'autre précise que sans les GAD, le questionnaire fait double emploi avec ce qui existe dans l'institution.

Trois institutions répondent par l'affirmative à la question : une précise que la redondance n'est que partielle (le RAI est utilisé en complément), une autre précise que le RAI fait double emploi avec les différents outils déjà utilisés et jugés performants par les équipes (MMS, Virginia Henderson, échelle de Maaslow, Norton). Selon la troisième, le RAI est redondant par rapport à l'outil de suivi de l'état hydrique, avec le registre de contention et le MMS.

Enfin, deux MRS estiment que le RAI est supérieur à l'échelle de Katz, et une autre indique qu'elle aura toujours besoin des outils actuellement en place car le RAI ne lui semble pas suffire.

Temps consacré à la démarche RAI

Le temps requis par la démarche RAI est approché selon cinq étapes chronologiquement distinctes : *la formation, la demande de consentement, la collecte des informations d'un client, compléter le questionnaire, la préparation et la mise en œuvre de la concertation autour d'un client.*

L'estimation du temps total consacré à la démarche RAI complète est malaisée, car certains actes du processus sont intégrés à la pratique quotidienne ou au contraire omis comme **la *formation* externe**. Rappelons que l'ULg a pourtant formé au moins un représentant de chaque MRS.

La durée de la ***formation en interne*** est fort variable d'une MRS à l'autre. On observe (n=4) une durée allant de deux heures à deux demi-journées.

La ***demande de consentement éclairé*** repose sur une information préalable du client et/ou de son représentant suivie d'un temps d'attente pour recueillir la signature sur le document ad hoc. Une MRS a d'emblée précisé qu'elle ne récoltait pas ce consentement, tandis que d'autres consacrent pour cette tâche une durée allant de un quart d'heure par client (pour l'information préalable) jusqu'à 15 jours (si on tient compte du délai d'attente pour le recueil de la signature).

Deux catégories de répondants se distinguent lorsqu'est abordé le ***temps consacré à la collecte des données***. La *première* (n=4) indique un temps global variant de vingt minutes à plusieurs jours. La *seconde catégorie* (n=3) fournit des précisions plus détaillées. Une MRS précise qu'une demi-heure lui est nécessaire : vingt minutes pour la recherche dans le dossier et dix minutes pour la consultation des autres soignants. Une deuxième MRS signale qu'il lui faut un jour pour mesurer, peser et réaliser les différents tests. Pour la dernière, une demi heure est consacrée à la recherche dans le dossier, deux fois un quart d'heure sont réservés à la collecte de données auprès du résidant ; la consultation des autres soignants se fait quotidiennement et le temps consacré au test s'intègre à l'observation globale tandis que la pesée de l'ensemble des clients s'est étalée sur trois demi-journées.

Selon quatre MRS, de quarante minutes à quatre heures sont requises, pour chaque client, aux fins de ***compléter l'instrument***. Le temps est fonction de critères tels que l'expérience, la disponibilité des informations. Une autre MRS encode on-line, mais quinze jours sont nécessaires pour les premiers pas de la démarche.

Peu de précisions ont été apportées quant à la ***concertation sur un client :*** d'un quart d'heure à une heure par client.

Au vu des divers commentaires, on voit qu'il est malaisé d'estimer **le temps global** requis à l'accomplissement de la démarche pour un client. Néanmoins, une MRS estime à cinq heures le temps nécessaire à l'accomplissement de la démarche (réévaluation non comprise).

3.2.2 Critères pour la sélection des clients

Le choix des clients retenus pour l'application de la démarche s'opère après l'avis des infirmiers chefs et/ou de l'équipe.

Sept MRS précisent les critères retenus :

- personnes dépendantes sans pathologie précise ou des clients avec évolution rapide ;
- personnes présentant un problème médical ;
- nouveaux entrants *« A faire à l'admission pour pouvoir cibler les problèmes » ;*
- clients pour lesquels on constate de grosses modifications de l'état de santé ;
- clients admis pour un court séjour : le RAI pourrait constituer un instrument de liaison pour communiquer vers l'extérieur ;
- sur base du mode d'admission en MRS, le questionnement des soignants par rapport aux soins en cours, l'accord des familles.

Pour une MRS, il n'y a pas de **critère à utiliser systématiquement**. Pour une seconde, on devrait avoir recours systématiquement à la démarche RAI pour chaque client. Une troisième nuance ces propos en précisant qu' « *on devrait y avoir recours systématiquement pour les personnes se trouvant au milieu de la courbe de Gauss* ».

De manière générale, il n'y a pas de profil de **client à exclure systématiquement** de la démarche RAI, pouvant pour certains être même envisagée en soins palliatifs. Un participant ajoute qu' *« en tant que MRS, il s'avère nécessaire d'appliquer systématiquement une échelle d'évaluation globale pour tous. ».*

Par contre, il semble cependant que la **démarche RAI ne devrait pas être mise en œuvre pour** les clients en fin de vie (n=1), ou dont l'état est fortement dégradé (n=2), ou dont l'état demeurera figé (n=1), les clients parfaitement autonomes (n=2), les clients en long séjour (n=1).

3.2.3 Infrastructure informatique

Ce point doit être amélioré. Le **matériel** est souvent jugé insuffisant pour une implémentation du RAI, faute de disposer d'une quantité suffisante d'ordinateurs au sein de l'institution (chiffre variable de 1 à 10, la moyenne étant de 4,22 ordinateurs par institution), de connexions, et parfois de la vétusté du matériel.

Des problèmes sont aussi soulignés en matière d'**accessibilité :**

- accès réservé, parmi les soignants, à l'infirmière chef (n=2) ou uniquement en présence de la direction (n=1). Parfois, l'accès à internet est si limité que l'infirmière responsable de la collecte des données et de leur encodage n'a ni accès aux différents applications web du RAI, ni à sa boîte mail ;
- PC occupés par la direction et la secrétaire (n=1) ;
- PC situé dans le bureau de la direction ou au secrétariat (n=2) ;
- parfois, le personnel même, est réticent à l'usage de l'informatique**.**

L'accessibilité est jugée satisfaisante par trois institutions. Dans deux cas, les PC sont accessibles à l'ensemble des soignants. Dans la troisième, la configuration et les accès actuels sont satisfaisants dans le cadre d'un projet pilote et suffisent aux deux personnes ayant besoin du matériel.

Les **besoins exprimés** par le terrain visent :

- du matériel supplémentaire (n=3) : au moins un ordinateur par service, à chaque étage et pas seulement dans le bureau de la direction ;
- de meilleures connexions internet (n=1) ;
- plus de souplesse au niveau de l'accessibilité du matériel (n=1).

En ce qui concerne la **formation du personnel à l'utilisation du matériel informatique**, quelques personnes ont été formées : l'infirmier chef (n=1), l'infirmier chef, la direction et la secrétaire (n=2), l'ensemble du personnel (n=2). Dans une MRS, des formations sont planifiées.

3.2.4 Application Web et outils

Concernant **l'instrument d'évaluation,** quatre institutions signalent l'intérêt pour le médecin traitant de le consulter à distance soit par la négative, soit par l'affirmative, en ajoutant que les médecins doivent pouvoir compléter des données ou corriger les données déjà encodées.

Certaines remarques ont porté sur la section de l'instrument relative aux Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) « *trop détaillée* » (l'échelle de Katz convenant parfaitement).

Sept des huit participants n'ont pas exploité les **GAD** pouvant être édités à partir de la nouvelle version de l'instrument d'évaluation, même s'ils les jugent intéressants pour la pratique des soins dans l'institution (n=1). Une MRS demande à ce qu'ils soient présentés sous forme d'un tableau.

Peu d'avis sur les **GAD** ont été recueillis vu leur faible utilisation, voire leur absence d'utilisation, essentiellement par manque de temps. Une MRS précise que les GAD sont « *très visuels* » et que « *ceux qui sont disponibles sont intéressants* ». Une autre précise : « *c'est bien, on va dans les détails mais personne n'aura le temps de les lire et de les appliquer* ». Une MRS souligne leur intérêt pour la pratique des soins dans son institution.

Concernant d'éventuels outils et/ou échelles à intégrer à l'application web, différentes suggestions sont faites :

- pouvoir générer des statistiques régionales afin de pouvoir obtenir des échelles comparatives ;
- ajouter l'échelle de Norton, le MMS (n=1). .
- peut-être moins d'échelles (n=1)

Une MRS précise qu'il faudrait pouvoir modifier les seuls items qui ont connu une évolution plutôt que de remplir l'entièreté de l'instrument d'évaluation.

3.2.5 Formation

Tout le **personnel impliqué dans la démarche** doit être formé, de l'avis unanime des institutions. La formation des infirmiers serait prioritaire, comme celle des aides-soignantes.

En ce qui concerne le **regroupement** des professionnels lors des formations, deux MRS préconisent de former ensemble tous les intervenants. Une institution exclut toutefois le médecin traitant qui devrait être, selon elle, formé à part. Une autre MRS propose des formations séparées avant de regrouper les professionnels « *à un moment donné* ».

Concernant le **contenu de l'information**, une sensibilisation serait suffisante pour les aides-soignantes (n=1), une information suffisante pour les médecins traitants (n=1), une formation à l'ensemble de la démarche nécessaire pour les infirmiers et les paramédicaux (n=1).

Pour six institutions, **la formation de base serait idéalement assumée par** une personne extérieure à l'institution puis relayée en interne par des personnes référentes et en petits groupes. Cela permettrait une certaine uniformisation. Une institution ajoute que la formation des médecins doit se réaliser par l'intermédiaire de médecins tandis que les infirmières peuvent former les autres professionnels. Une institution précise que la formatrice extérieure doit être une personne de terrain. Les participants proposent aussi que la formation de base des professionnels soit développée parallèlement dans les hautes écoles et universités.

Une institution souhaite recevoir des **supports** écrits. L'utilisation d'une vidéo dans le cadre des formations semble intéressante en tant que support à la formation mais pour une MRS est accessoire, « *si on n'a pas le temps de faire le RAI* ». Quoi qu'il en soit, certaines MRS aimeraient bénéficier d'un suivi, d'une ressource externe répondant aux questions et problèmes.

3.3 Réactions des médecins coordinateurs et médecins traitants par rapport au RAI

Les médecins semblent plutôt rebutés par l'ampleur de la tâche. Les médecins présents (n=3) estiment qu'il n'y a pas grand chose à faire pour stimuler les médecins qui sont proches du « burn out » (n=1), que la démarche est lourde et que les tâches administratives sont de plus en plus importantes et qu'il n'a pas assez de temps à consacrer aux clients (n=1).

Selon un médecin coordinateur, il sera difficile « *d'entrer dans la démarche* ». Les médecins ont aussi leurs propres données à encoder selon d'autres échelles d'évaluation. Un incitant pour les médecins serait de prévoir un honoraire pour les prestations liées au RAI. Il serait d'avis d'organiser une journée de formation pour les médecins coordinateurs. Les points positifs ou leviers perçus tiennent essentiellement dans la collecte de données la plus complète possible, l'accessibilité de l'outil à tous les intervenants. Il expose qu'il faut mettre un terme au cloisonnement entre dossiers médical et paramédical. Il pense que la démarche RAI améliorerait sans doute la communication entre les intervenants et la structure de même que l'information de chacun. Il cite par contre comme freins la difficulté de rassembler tout le monde au même endroit au même moment et d'avoir suffisamment de disponibilité de la part des médecins.

Pistes évoquées pour impliquer davantage les médecins coordinateurs et traitants :

- leur apporter des résultats probants ;
- les informer du travail des infirmières, joindre une feuille explicative dans le dossier et leur présenter les GAD édités ;
- sensibiliser en premier lieu les médecins coordinateurs et les informer par une personne extérieure à l'institution ;
- susciter leur participation à des séances d'information et de sensibilisation au problème de la qualité des soins.

4 Conclusion

De façon générale, on rencontre dans les institutions une personne chargée de centraliser l'**organisation** de la démarche**.** Le rôle du médecin traitant est variable : il peut être contacté au besoin, ou il peut compléter les items relevant de ses attributions. L'intervention du médecin coordinateur est diverse.

Aucun **critère** objectif de **sélection des clients** n'a été systématiquement appliqué. Le choix des clients s'opère sur avis des infirmiers chefs et/ou de l'équipe. Certains critères ont été cités à titre exemplatif.

En région francophone, l'**infrastructure informatique** est souvent jugée insuffisante et le matériel parfois difficilement accessible ; la majorité des institutions néerlandophones précisent quant à elles qu'elles disposent d'au-moins 1 PC par service.

Les **GAD** ont été faiblement exploités, que ce soit pour des raisons internes aux institutions (ex.: manque de temps) ou externes (fermeture du site officiel). Ils sont néanmoins considérés comme intéressants, essentiellement les GAD adaptés à la situation belge.

Les utilisateurs ont apprécié les améliorations apportées à l'**application web.** Elle est, selon les MRS, plus simple et plus conviviale. Ils soulignent également la suppression des bugs ainsi que la plus-value apportée par le site WIKI.

Le fait de pouvoir consulter l'**instrument d'évaluation** à distance est perçu comme un avantage. En sa nouvelle version, il est perçu, par les MRS, comme plus simple et plus adapté à la situation belge. Les institutions disposant déjà de dossiers informatisés précisent que ceux-ci contiennent déjà beaucoup de renseignements identiques à ceux à insérer dans l'instrument d'évaluation InterRAI ; en découle la nécessité de créer des liens entre les différents logiciels.

Lors des intervisions, les institutions ont insisté sur l'importance de pouvoir disposer des supports écrits et du matériel didactique destiné à la **formation** du personnel.

Différentes pistes ont été suggérées par les institutions pour susciter l'**implication des médecins** : l'information des associations professionnelles, la sensibilisation à la plus-value

générée par le RAI, la mise en évidence des fruits de l'investissement en temps, via des résultats probants,…

Chapitre 6 : compte-rendu du symposium et du workshop

1 Introduction

Les 19 et 20 février 2008, le Service Public Fédéral de Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement a organisé, conjointement avec les équipes de recherche de Liège et Louvain, un symposium et un workshop pour présenter la démarche RAI au grand public.

2 Symposium

Le symposium revêtait un caractère international. Des orateurs de différents pays sont venus relater leur expérience avec l'instrument RAI. A cette occasion, tous les secteurs concernés étaient invités. Les personnes intéressées ont été très nombreuses à accepter l'invitation: la salle était comble et comptait plus de 450 participants. L'objectif principal du symposium était de faire découvrir InterRAI et son instrument au grand public. Les participants ont également eu l'occasion de poser des questions.

Etaient inscrits au programme les orateurs abordant les sujets suivants :

1. Muriel Quinet (SPF de la Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement) - Introduction
2. Isabelle Moens (représentant Mme. L. Onkelinx - Ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique) – Introduction – Aperçu historique des projets RAI en Belgique et arguments en faveur de l'instrument
3. Anja Declercq (LUCAS / KULeuven) – Qu'est-ce que la démarche RAI?
4. Jurgen Berden (CUO / KULeuven) – L'application web BelRAI
5. Christiane Gosset (Département des Sciences de la Santé Publique / ULg) – La démarche RAI et la situation au domicile du client
6. Anja Declercq (LUCAS / KULeuven) – La méthode RAI dans les maisons de repos et de soins
7. Koen Milisen (CZV / KULeuven) – Le RAI Acute Care dans les services hospitaliers aigus: premières expériences en Belgique

8. Jan De Lepeleire (Centre académique de Médecine Générale/ KULeuven) – La plus-value clinique de l'usage de la démarche RAI pour les médecins généralistes
9. Christian Swine (Unité des sciences hospitalières / ULg) - La plus-value clinique de l'usage de la démarche RAI pour les gériatres
10. Brant Fries (University of Michigan, USA) – Réactions sur les expériences menées en Belgique
11. Véronique Petoud & Brigitte Thibault (Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile, Suisse) – Le système de formation et séquences d'enseignement à Genève
12. Dinnus Frijters (Department of Nursing Home Medicine, Free Univ. Medical Centre Amsterdam) – Les instruments d'interRAI en tant que système intégré d'information, l'application de RAIVIEW: un exemple aux Pays-Bas
13. Jean-Claude Henrard (Faculté de Médecine de Paris-Ile-de-France) – La démarche RAI en France

InterRAI était représenté par son président Brant Fries (US), Roberto Bernabei (It), Jean-Claude Henrard (Fr), Dinnus Frijters (Ndl) et Anja Declercq (B).

Après les présentations a suivi une table ronde, dirigée par Christian Decoster (SPF de Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement). Un aperçu des questions posées et des réponses fournies est présenté ci-dessous.

> *L'objectif est-il que l'instrument RAI soit utilisé comme échelle supplémentaire ou qu'il soit intégré dans le dossier du client ?*

L'objectif final est que rien ne soit codé ou noté en double. L'intégration est dès lors une nécessité absolue. L'application web BelRAI rend ce transfert parfaitement possible bien que ceci n'ait pas encore été testé pendant la phase d'essai. Les données qui sont par exemple déjà reprises dans le dossier des clients peuvent être copiées (à terme) automatiquement dans l'application RAI.
En ce qui concerne l'usage du RAI dans les hôpitaux, il s'avère aussi que l'on retrouve énormément de questions des Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum (DIRHM) dans l'instrument RAI. Il est donc possible de reprendre les réponses. Il faut

toutefois tenir compte du fait que le RAI est destiné aux clients gériatriques présentant des problèmes gériatriques et que les RIM sont destinées à tous les clients.
Dinnus Frijters a également signalé qu'aux Pays-Bas, les cartes de soins journalières sont intégrées dans le RAI.

> *L'instrument RAI tient-il compte de la perte d'autonomie qui est compensée par les soins dispensés par l'entourage (famille, volontaires, etc.)?*

Brant Fries a répondu que, beaucoup d'informations sur la vie sociale du client et sur les soins informels qu'il ou elle reçoit se retrouvent dans le RAI. En ce qui concerne l'instrument d'évaluation InterRAI pour les soins à domicile (HC), il existe même un GAD sur les soins informels. Ce GAD donne une indication quant à la possibilité que les intervenants de proximité éprouvent des difficultés lors de la dispensation d'aide et de soins. InterRAI est tout à fait d'accord avec le fait qu'il n'y a pas uniquement le client qui est important, mais que son environnement social l'est aussi. Il existe aussi un GAD sur l'engagement social du client.

Suite à cette question, Koen Milissen a demandé pourquoi les questions sur les soins informels n'apparaissent pas dans les InterRAI Suite Acute Care. Brant Fries a répondu qu'InterRAI a déjà réfléchi à cette question mais qu'ils étaient inquiets quant à la longueur de l'instrument. Si en Belgique les questions sur les soins informels sont très importantes pour les soins aigus, alors les chercheurs peuvent les ajouter sans problème. On peut toujours ajouter d'autres champs aux instruments. Koen Milisen a annoncé que ce sera en effet nécessaire, parce que la durée de l'hospitalisation est de 15 jours en moyenne en Belgique. Si les prestataires de soins commencent à planifier la sortie des clients, ils planifient en même temps la situation à la maison au niveau de la prise en charge et des soins du client. Jean-Claude Henrard a également ajouté ici qu'il existe des prestataires de soins de proximité qui sont fortement impliqués dans la délivrance des soins aux clients, même dans les services hospitaliers aigus. Il serait dès lors intéressant d'en tenir compte.

> *Les prestataires de soins de santé dans la pratique trouvent que les points suivants, qui ont trait au projet, sont importants Les prestataires de soins de santé trouvent important d'aborder ces points: les autorités doivent soutenir le projet RAI et éventuellement sa mise en œuvre objective. Quelle doit être l'ampleur des*

investissements? Que faut-il pour intégrer le RAI dans l'organisation actuelle des institutions? Le RAI serait-il utilisé en tant qu'instrument de financement?

Selon Anja Declercq, la faisabilité de l'instrument a à nouveau été évaluée l'année dernière et cette année, notamment par le biais d'intervisions. Quant au financement, en Belgique, aucun lien n'est établi entre l'action de compléter l'instrument et la subvention des coûts.

Jan Delepeleire a ajouté que le RAI présente de nombreux avantages. On met en évidence des zones d'ombre, l'instrument a une base théorique, on y retrouve les points que le Collège de Gériatrie trouve importants, on obtient des informations plus détaillées sur l'AVQ et l'AIVQ qu'avec l'échelle de Katz, ... Il existe donc certainement des avantages, mais l'usage de l'instrument doit toutefois pouvoir être utilisé dans la pratique, surtout à partir du moment où il y a un investissement en temps.

Christian Swine pense qu'on peut l'on peut utiliser un système en cascade dans les soins à domicile en opérant une présélection des personnes qui ont besoin d'un RAI HC complet. Cela permettrait de gagner beaucoup de temps.

Brant Fries a réagi en disant qu'en Suisse, on utilise une liste plus courte de questions du HC. Cela peut s'avérer intéressant pour les clients ayant des besoins en soins plus limités, lesquels sont généralement inférieurs à ceux des Etats-Unis et du Canada. On peut également utiliser l'InterRAI Suite Community Health Assessment (CHA). Ainsi, on peut répartir les personnes recevant des soins à domicile en deux catégories: les soins légers et les soins intensifs. S'il y a également présence de problèmes psychiques, une partie supplémentaire est attachée au formulaire. Aux Etats-Unis et au Canada, on utilise le Contact Assessment. InterRAI comprend que parfois on ait besoin d'un instrument plus simple, mais toutes les informations contenues dans les instruments élaborés sont pourtant importantes...

Comment se passe la formation aux Etats-Unis et dans les autres pays?

La formation est assurée par des 'trained trainers' ou instructeurs formés, déclare Brant Fries. Il est important que les prestataires de soins se soient entraînés et qu'ils soient formés de façon permanente (surtout en cas de renouvellements fréquents du personnel). La formation se

fait également à l'aide de la "computer directed learning technology" (technologie d'apprentissage assistée par ordinateur) ou la formation en ligne. Elles comprennent aussi bien la théorie que les exercices.

Mme Petoud explique qu'en Suisse, on forme les prestataires de soins par le visionnage d'une vidéo. Ensuite, ils reçoivent une série d'exercices. Lors de l'admission à l'hôpital, les prestataires de soins ne connaissent pas encore les clients, mais ils remplissent malgré tout un instrument RAI au cours de la première semaine. Au cours du premier mois, ils complètent l'instrument une deuxième fois pour ce client.

Qui détermine les droits d'accès au BelRAI?

Jurgen Berden précise que les droits d'accès au système sont déterminés en fonction de rôles. La question est donc de savoir qui joue quel rôle. Plusieurs disciplines peuvent jouer un rôle identique dans le système (voir la partie du rapport consacré aux matrices). Le système fonctionne sur base du principe 'need to know': on a uniquement accès à ce dont on a besoin pour pouvoir prodiguer des soins efficaces. Ce n'est cependant pas toujours simple. Koen Milisen a ajouté ici que, d'après lui, tous les dispensateurs de soins devraient pouvoir avoir accès aux données d'un client afin de pouvoir garantir des soins de qualité.

Qui peut contrôler la base de données?

Anja Declercq nous signale qu'e-health contrôlera les données de connexion à l'application web. Cette connexion se fera bientôt à l'aide d'une carte d'identité électronique ou d'un jeton. Ceci est en cours de réalisation. E-health possède des listes officielles de médecins, d'infirmières, etc. L'identification du prestataire de soins sera ensuite vérifiée. Cet utilisateur reçoit ensuite accès aux questions du client qui, conformément aux droits d'accès, relèvent de sa discipline (voir également chapitre 3).

Le rôle du client est-il clair vis-à-vis de l'instrument RAI?

Christiane Gosset déclare que l'instrument RAI ne se base pas seulement sur la multidisciplinarité, mais également sur le dialogue avec le client. Le client doit d'abord donner son accord avant que la collecte des données ne soit effectuée. Dans un deuxième temps, le prestataire de soins doit écouter les perceptions et les opinions du client afin de pouvoir compléter différentes questions. Le client occupe donc une place importante dans le processus.

Christian Swine a ajouté à cela que les clients éprouvent un sentiment de satisfaction lorsque les prestataires de soins leur posent des questions sur leur état de santé. Ils apprécient également qu'on leur pose des questions sur la qualité des soins donnés, leur bien-être, etc.

Pour quelles personnes utilise-t-on l'instrument RAI en Suisse?

En Suisse, on utilise le RAI pour tous les clients qui reçoivent des soins à domicile – y compris les enfants, pour une demande de soins temporaires (ex. 15 jours), les personnes handicapées, etc. L'infirmière visite le client à son domicile et procède à l'évaluation. Cette évaluation dure en moyenne 1 heure au domicile du client (ave un PC de poche, nommé aussi Pocket), suivie d'une demi-heure consacrée, notamment, au calcul des GAD.

Peut-on utiliser la démarche RAI pour poser des diagnostics?

Roberto Bernabei a répondu à cette question en indiquant que l'utilisation d'un instrument plus précis par le personnel soignant améliore la qualité de leur travail. Cela favorise également un diagnostic exact. Si les infirmiers savent compléter correctement un instrument RAI, ils obtiendront des résultats plus corrects à partir de l'instrument.

Koen Millisen a indiqué qu'il était important que la démarche RAI mette en avant le rôle central du personnel infirmier. C'est pour cela qu'il s'avère nécessaire de prévoir des formations de qualité pour les infirmiers. Il faut investir dans la formation et apprendre comment poser un diagnostic pour les clients gériatriques. Cela vaut surtout pour les services qui ne sont pas spécifiquement gériatriques.

Jan Lepeleire était d'accord avec ce qui venait d'être énoncé, mais ajouta néanmoins que ceci ne vaut pas uniquement pour le personnel soignant. D'autres disciplines doivent aussi être stimulées. Toutes les disciplines jouent un rôle important dans le processus RAI et elles doivent disposer des compétences nécessaires.

Quelle est la différence entre les RAP et les GAD?

Dinnus Frijters a répondu à cette question. Les RAP ou Resident Assessment Protocols était l'appellation d'origine. Au départ, le RAI était en effet uniquement utilisé pour les personnes âgées en maison de repos. Après avoir implémenté la méthode RAI dans des environnements différents, InterRAI a décidé de changer le nom des signalisations de RAP en CAP – Client Assessment Protocols. Les nouveaux CAP (GAD en français) mettent l'accent sur les situations à problème. Seuls les clients qui ont vraiment un problème ou qui risquent de présenter des problèmes entrent en ligne de compte.

Jean-Claude Henrard a ajouté à cela que le terme « CAP » est traduit en français par «Guides d'Analyse par Domaine d'intervention (ou GAD) ». L'idée sous-jacente est qu'il s'agit plutôt de directives que de protocoles.

Le RAI peut-il être appliqué à la gestion des listes d'attente? L'investissement est-il faisable? Comment sait-on si le client doit figurer sur une liste d'attente et pourquoi l'institutionnalisation est nécessaire pour tel client?

Brant Fries a régi à cela en disant qu'interRAI a déjà beaucoup d'expérience dans l'application du RAI aux listes d'attente. Grâce aux GAD et aux RUG qui sont associés aux InterRAI Suite Home Care, on peut voir quels clients ont le plus besoin d'une institutionnalisation. Ces clients sont placés ensuite en haut de la liste d'attente (« to prioritize »). Aux Etats-Unis, on utilise en outre un système « case-mix based » (système basé sur un mélange de cas) : les clients qui ont un besoin de soins plus important reçoivent plus d'argent pour couvrir leurs frais de soins de santé.

Que fait-on avec les clients qui nécessitent peu de soins? Comment les soins de ces clients sont-ils déterminés et couverts au point de vue financier?

Brant Fries a expliqué qu'aux Etats-Unis, on applique le principe de « eligibility determination of program » (évaluation d'admissibilité du programme). C'est une procédure permettant de voir si une personne doit aller en maison de repos ou a le droit d'y être admise. Sur base des RUG, on peut catégoriser la charge de soins des clients. En se basant sur cela, on voit si le client a besoin d'être pris en charge ou non. Le GAD institutionnalisation permet de se faire une bonne idée de la nécessité d'être admis dans une institution.
Aux Etats-Unis, les autorités ont analysé des clients nécessitant moins d'aide et de soins à l'aide des RUG et sur cette base ont décidé d'investir davantage dans le secteur des soins à domicile. Celui-ci a été étendu et amélioré au cours des dernières années.

Jan Delepeleire a ajouté que la situation est plus complexe en Belgique parce que les compétences sont réparties entre le niveau fédéral et les Communautés. En ce moment, le subventionnement est très complexe surtout dans le secteur des soins à domicile (ex. beaucoup de bureaucratie, de nombreux formulaires à remplir pour pouvoir obtenir des subsides, etc.).

Christiane Gosset a précisé qu'il y a des différences organisationnelles entre le nord et le sud du pays. Le fonctionnement des SISD francophones diffère par exemple de celui des SISD néerlandophones.

Caroline Bossuyt (SPF Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement) a signalé qu'une des missions des SISD du nord du pays est de faciliter la concertation multidisciplinaire. En revanche, les SISD du sud du pays ne peuvent procéder à la coordination des activités. En ce qui concerne le RAI, on devra donc arriver à un protocole qui soit adapté à la réglementation en vigueur.

N'a-t-on pas tendance à manipuler quelque peu les données, afin d'obtenir de bons résultats d'indicateur de qualité?

Brant Fries a répondu que cela pouvait arriver, mais que les formations intensives et les inspections rendent cette éventualité moins probable. Elles permettent également de diminuer l'envie de le faire. Les « Offsetting incentives » (mesures de compensation) jouent un rôle important. Par exemple, les frais liés aux escarres sont plus élevés et seront couverts sur base de l'évaluation au moyen de l'instrument RAI. Pourtant, on obtient de moins bons résultats aux indicateurs de qualité des plaies de décubitus si celles-ci apparaissent souvent. On n'embellira pas la situation parce que cela peut influencer le subventionnement et on n'aggravera pas non plus la situation parce que cela peut fausser les Indicateurs de Qualité.

Aux Etats-Unis, on procède souvent à des inspections. On peut viser l'organisation – « Targeting facilities » (prestataires de soins) et les clients « Targeting individuals » (viser les personnes). Si on obtient de mauvais résultats aux indicateurs de qualité, l'inspection vérifie si les prestataires de soins savent compléter efficacement l'instrument RAI. Ensuite on inspecte la qualité des soins administrés aux clients.

> *Comment l'instrument RAI peut-il prouver les améliorations de compétences du client?*

Christian Swine a signalé que le RAI utilise un nouveau langage, à savoir celui des compétences.
L'instrument RAI vise surtout les compétences des clients et beaucoup moins ce qu'ils ne savent pas faire (déficits). Les GAD ont pour base la règle de compétence. Les GAD sont en effet des directives pour un potentiel d'adaptation ou d'amélioration. Ils renseignent le prestataire de soins sur les endroits et la mesure dans laquelle le client peut encore récupérer ou s'améliorer. Ils informent aussi si ce potentiel n'est plus présent.

Jan Deleipeleire a ajouté à cela que l'instrument RAI permet de détecter des zones d'ombre. On peut également essayer d'éviter l'institutionnalisation en travaillant sur les compétences du client.

Anja Declercq a aussi expliqué que les GAD qui figurent désormais en ligne, ont été conçus comme suit: s'il y a vraiment un problème, on reçoit l'avis d'autres personnes pour voir ce que l'on peut faire pour améliorer la situation. Si le problème n'est pas encore survenu, on

reçoit des informations sur la façon dont on peut éviter à l'avenir l'apparition du problème (prévention). Les indicateurs de qualité n'ont pas encore été mis en œuvre jusqu'à présent. Nous espérons pouvoir le faire à l'avenir.

Jean-Claude Henrard a également ajouté à cela que dans la pratique il est extrêmement important que les Indicateurs de Qualité apparaissent aussi dans l'évaluation. Ceux-ci doivent faire partie du plan de qualité de l'organisation (par exemple diminuer la prise de médicaments, la diminution des périodes de contention, etc.).

> *Comment les Indicateurs de Qualité pourraient-ils être utilisés pour l'inspection en Belgique?*

Anja Declercq a déclaré à ce propos que les Indicateurs de Qualité doivent d'abord être appliqués dans l'organisation elle-même. L'inspection ne peut commencer qu'après cette première phase d'application qui prend assez bien de temps. L'inspection ne devrait pas se concentrer sur les problèmes mais bien sur l'évaluation des processus, ce qui implique que l'inspection et l'organisation examinent ensemble comment les points faibles peuvent être renforcés et comment les points forts peuvent être conservés ou améliorés davantage.

Dinnus Frijters a déclaré qu'aux Pays-Bas, on dispose d'une dizaine d'indicateurs de qualité provenant du RAI. Ceux-ci sont fournis automatiquement via l'application web. Les MRS sont obligées de mentionner ces Indicateurs de Qualité dans leur rapport annuel. Le journal Volkskrant les publie chaque année.

Le symposium a été conclu par un discours de Christiaan Decoster, directeur général de l'infrastructure des soins de santé – SPF de la Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement. Il a tenu un exposé convaincant au cours duquel il a attiré l'attention aussi bien sur les risques que présente le RAI, que sur les défis qu'entraîne l'implémentation du RAI en Belgique.

Les présentations du symposium peuvent être consultées sur le site web du SPF de Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement.

3 Workshop

Le workshop était uniquement destiné aux chercheurs, aux invités d'InterRAI et de Suisse ainsi qu'aux représentants des Autorités. Le programme a commencé par une conférence vidéo avec Len Gray (InterRAI) de l'Université de Queensland à Brisbane en Australie, qui a répondu à une série de questions portant sur les InterRAI Suite Acute Care.

Le reste du programme se présentait comme suit:

1. Dr. D. Frijters - How to use RAI data for research? (comment utiliser les données RAI dans le domaine de la recherche ?)
2. Prof. Dr. J-C. Henrard – Quality Indicators and International Comparisons (indicateurs de qualité et comparaisons internationales)
3. Mme V. Petoud et Mme B. Thibault – Incontinence urinaire et l'approche dans les soins à domicile (Étude incontinence, V. Petoud et O. Rutschmann, 2007)
4. Prof. Dr. R. Bernabei, Department of Gerontology, Geriatrics and Physiatry, Catholic University of Sacred Heart, Roma, Italy (Evidence Biased Medicine)
5. Roel Van Wygaert, VVI assitant du personnel – projet VVI-RAI: De mogelijkheden van RAI en RAIview als boordtabel voor zorgorganisatie en management in de ouderenzorg (Les possibiliés du RAI et RAIview en tant que tableau de bord pour l'organisation de soins et la gestion dans les soins aux personnes âgées)
6. Prof. Dr. B. Fries: The New Technology of Assessment: Applications of interRAI Assessment information (La nouvelle technologie de l'évaluation: applications de l'information d'évaluation interRAI)
7. Prof. Dr. C. Gosset, A. Londot & J. Collard: Elaboration d'un coffre pédagogique pour le RAI
8. Jurgen Berden & Dirk Vanneste: een oproep om tot een internationaal informatica-platform te komen (un appel pour la création d'une plateforme informatique internationale)

4 Rapport du voyage d'étude à Toronto et au Michigan du 29 octobre au 2 novembre 2007

Les paragraphes qui suivent constituent le rapport du voyage d'étude qui a eu lieu dans le cadre du projet BelRAI. Le Michigan et Toronto en étaient les destinations.

Le choix du Michigan aux Etat-Unis a été opéré car :

- le RAI est né aux Etat Unis ;
- l'utilisation du RAI est obligatoire dans toutes les maisons de repos aux E-U ;
- l'utilisation du RAI HC diffère selon les états mais est obligatoire dans l'état du Michigan[33] ;
- c'est le point d'attache de Brant Fries, le président d'InterRAI

Le choix de Toronto en Ontario (Canada) s'est basé sur les faits suivants :

- l'utilisation du RAI y est obligatoire dans les maisons de repos, comme dans toutes les provinces du Canada, excepté Québec ;
- actuellement, on travaille à une utilisation obligatoire du RAI HC pour les soins à domicile en province ;
- c'est le point d'attache du Canadian Institute for Health Information (CIHI) qui centralise les données du RAI, s'occupe des formations et produit des rapports « RAI »
- c'est le point d'attache de John Hirdes et de Katherine Berg, membres éminents d'InterRAI

Le programme de la visite s'est déroulé comme suit :

29/10 : visite au Canadian Institute for Health Information (CIHI) , Toronto

30/10 : visite aux responsables du gouvernement de la ville d'Ontario

31/10 : - visite à l'Area Agency of Aging 1B, organisation de soins à domicile à Michigan
- visite à l'équipe de Brant Fries

01/11 : - visite au CIM – Centre for Information Mangement, Ann Arbor, développeur de logiciel

[33] L'obligation ne vaut que pour les services qui travaillent avec des clients qui tombent sous Medicaid ou Medicare, des programmes qui sont subsidiés par les autorités fédérales et/ou l'Etat

- visite aux responsables du gouvernement de l'Etat du Michigan

02/11 : - visite au Glacier Hills Nursing Facility, Ann Arbor, maison de repos à Michigan

- visite à l'équipe Brant de Fries

4.1 CIHI[34], Toronto (www.cihi.ca www.icis.ca)

Le Canadian Institute on Health Information est bilingue anglais-français ; il est subsidié par les autorités mais travaille indépendamment des autorités avec un conseil d'administration propre.

CIHI emploie 600 personnes et a un budget de 80 000 000 $ par an. L'institut ne s'occupe pas seulement du RAI mais rassemble aussi d'autres données en rapport avec la santé et les soins de santé. Le but général de l'organisation est la surveillance de l'amélioration de la santé de la population canadienne. Environ 25 personnes travaillent de façon spécifique pour le RAI, avec un budget de 25 millions de dollars/an. Ces moyens viennent en partie du niveau fédéral (la plus grande partie) et en partie des provinces. De ces 25 membres du personnel, 7 travaillent pour la formation et le soutien, 7 pour l'analyse des données, 10 comme managers de projet et pour le soutien technique. Le plus souvent, environ 16 projets sont en route en même temps.

Les tâches du CIHI en rapport avec le RAI sont les suivantes :

1. la définition des standards après consultation de toutes les parties concernées ;
2. la formation et le soutien des utilisateurs ;
3. la collecte et le traitement des données, surveillance de la qualité des données ;
4. vie privée et sécurité.

Le CIHI ne fournit pas de logiciel mais donne quelques lignes de conduite aux fournisseurs. Par conséquent, il y a pour le moment treize logiciels d'application pour le RAI. Ils doivent recevoir une licence obtenue après la réussite d'un test avec des données tests. A posteriori, certains regrets sont formulés : si on travaillait avec seulement un système central de soutien, une série de tâches seraient beaucoup plus simples, l'introduction de nouvelles versions du RAI serait beaucoup plus rapide et le coût baisserait.

[34] Rencontre avec Brent Diverty, Monica Withbridge et John Hirdes

Pour atteindre des standards nationaux (accord au sujet d'indicateurs de qualité et autres), une collaboration est nécessaire. On a des « advisory committees » (comités consultatifs) avec des gouvernements provinciaux, des organisations de soins, InterRAI, etc.. Il y a aussi un réseau RAI canadien constitué de chercheurs qui se réunissent annuellement, qui présentent leur travail et collaborent aux propositions de projets et autres.

A cela, s'ajoutent des « systèmes de travail provinciaux territoriaux techniques et cliniques ». Dans chaque région, deux sortes de groupes sont organisés : (1) un groupe qui se concentre sur les questions techniques et (2) un groupe qui se concentre sur les questions cliniques ainsi que sur la formation et l'entraînement. Ceci diminue les difficultés et facilite la détection des problèmes.

Une bonne formation et un bon entraînement sont considérés comme la clé en vue de données de qualité et de bonnes analyses. C'est pourquoi on organise aussi une formation permanente et même des chatrooms (*salons de discussions sur le web*) (vu les grandes distances dans le pays) pour résoudre des problèmes. Il existe aussi une base de données en ligne pour une FAQ. Pour terminer, on travaille également via e-learning. Et si personne ne peut résoudre la question, on contacte InterRAI.

Le gouvernement reçoit toutes les données introduites. Les organisations font confiance au gouvernement dans ce domaine. On estime qu'il est mieux de justifier aux autorités de bonnes données plutôt que de mauvaises.

Le CIHI établit des rapports sur base de ces données pour les organisations individuelles (car le logiciel ne le permet pas toujours) et des rapports généraux pour le grand public[35].

Les clés de la réussite sont :

- disposer de personnes passionnées sur le terrain (entre autres pour les GAD) ;
- disposer de la collaboration avec un spécialiste en collecte de données (= CIHI) (collecte de données, nettoyage des données, …) ;

[35] Sur le site Internet, on trouve 3 systèmes de rapport, voir : www.cihi.ca/homecare, www.cihi.ca/ccrs, www.cihi.ca/sisld

- avoir un mandat du gouvernement ;
- retour d'informations rapide (*near-time data feedback*) : retour immédiat, aussi avec l'évaluation (il n'y a pas d'application basée sur le Web, de sorte que presque tous les résultats peuvent être calculés après coup) ;
- figure clé qui « répand les bonnes nouvelles ».

Un bon conseil nous a été livré : « ce que tu fais maintenant a des conséquences à long terme ».

On atteint les médecins via les réseaux (du Net) des médecins, mais les médecins ne doivent pas absolument introduire une pièce du MDS.

En ce qui concerne le coût, il faut savoir qu'on ne peut compter le coût du personnel que si on tient aussi compte du fait que d'autres tâches tomberont. Ils évaluent que, s'il n'y avait pas d'évaluation avant, on peut compter un emploi du temps supplémentaire d'une heure/client tous les 3 mois, à cela, on doit ajouter le temps nécessaire pour établir un plan de soins et le temps dont le personnel a besoin pour faire un usage adéquat des données récoltées (les GAD, mais aussi la gestion de la qualité et autre).
Ensuite, on doit tenir compte du coût du logiciel et du rapport des résultats.

4.2 Ontario : Fonctionnaires/Ministère, Toronto

L'Ontario a implémenté le RAI HC 2.0 en 2003 via des tests et des projets pilotes. Maintenant seulement, on peut enfin utiliser des résultats. On voit aussi que le RAI n'est pas seulement un instrument pour les "statistiques" mais qu'il comprend mieux la valeur intrinsèque d'une bonne évaluation et du résultat qui peut en sortir. Le RAI LTCF 2.0 a déjà été introduit auparavant en Ontario. Les deux instruments sont introduits comme un instrument clinique qui contribue à la qualité des soins, sans omettre de se focaliser sur le financement.
On insiste sur l'importance de la formation. La formation de base se fait progressivement, en sessions d'un ou deux jours et sur une période de 9 mois à 1 an. On apprend à manier toutes les possibilités de l'instrument.

La formation pour les projets pilotes en maisons de repos se déroule comme suit :

1. Préparation : deux jours d'information et vue d'ensemble générale + comment préparer sa propre organisation à utiliser le RAI.
2. Trois mois plus tard: 3 jours de formation pour le coordinateur–RAI et le directeur des soins (codage, planification des évaluations, présentation du CIHI). Ensuite, ils font une étude de cas dans leur propre organisation.
3. Deux jours de formation à l'utilisation des GAD, dans le développement des plans de soins et dans la lecture des rapports issus du RAI.
4. Deux heures de présentation online sur comment envoyer les données vers le CIHI (une heure d'explications techniques et une heure d'exercices pratiques).
5. Formation sur les RUG et les indicateurs de qualité.

Après chaque étape, il y a une évaluation. Si l'organisation la réussit, un certificat est livré. On travaille aussi avec un système de tutorat. Les organisations qui ont déjà suivi tout le processus, aident les autres organisations qui en sont encore à leur début.

Le DART du Data Accuracy Review Team (Équipe de revue d'exactitude de données) est constitué d'experts. La plupart d'entre eux sont des « entraîneurs » du RAI. Ils vont, à sa demande, dans une organisation et testent si les évaluations se passent correctement. Pour cela, ils complètent les MDS et les comparent avec ceux remplis par le personnel. On exige/s'attend à 90% de concordance. De cette manière, on détecte les erreurs de codage les plus courantes.

En outre, on insiste sur le besoin d'un helpdesk, 24 heures sur 24 (compte tenu de la vaste étendue de la province, des différentes plages horaires). L'informatisation était d'ailleurs aussi un défi.

En Ontario, l'utilisation du RAI est financée par les autorités comme suit :

LTCF:

1. subside unique par lit pour réaliser l'implémentation ;
2. poste stable pour la coordination-RAI ;
3. la subvention à long terme n'est pas encore complètement réalisée mais le sera bientôt. Il a été convenu entretemps qu'une certaine augmentation du subside est nécessaire, mais on n'a pas encore convenu de l'importance de ce montant.

HC:

1. jusqu'à présent, il n'y a aucun subside ;
2. durant la phase d'apprentissage, l'impact est plus grand, et ensuite le RAI est incorporé dans la pratique quotidienne ;
3. on est attelé à l'élaboration d'un plan financier (business map) pour calculer les implications financières.

Les représentants du gouvernement ont insisté sur le fait que le RAI n'améliore pas seulement les soins mais aussi la prise de décisions politiques et la conduite d'une politique. On a donc ainsi réussi, via le RAI, à faire baisser un nombre de dépressions chez les personnes âgées. Précédemment, on ne disposait jamais de données nécessaires : « Au moins, maintenant, nous regardons les nombres ». L'information est aussi dans ce sens « le pouvoir ».

L'Institut RAI d'Ontario compte environ 20 membres du personnel: 7 pour la formation, 2 pour IT (informatics and technology), 3 responsables de projets, 3 pour les helpdesks et pour le soutien, 3 managers pour l'implémentation (dans 3 des bureaux dispersés dans la région) et ceci pour un total de 620 maisons de repos avec environ 77.000 résidants (L'Ontario comptait en 2006 environ 12.690.000 habitants).

Pour les médecins, on fait une courte synthèse sous la forme d'un PHP (personal health profile). Le PHP est un court rapport de la situation médicale du client. On espère motiver les médecins à prendre part au procédé RAI

4.3 Area Agency on Aging 1B, Michigan

Area Agency on Aging 1B (Agence de secteur sur le vieillissement) emploie 52 gestionnaires de soins. Ils font des évaluations dans 6 régions (environ 27% de toutes les personnes âgées du Michigan habitent dans ces comtés). Un manager de soins a une charge de 45 à 50 clients. Certains clients reçoivent, compte tenu de la complexité de leurs problèmes, un degré d'importance plus élevé et comptent alors pour 1,5 ou 2 clients.

Dans ces organisations de soins à domicile, les infirmiers et les travailleurs sociaux (« care managers ») font les évaluations. Ils passent chez le client avec un ordinateur portable et

complètent chacun une partie du MDS. Deux membres du personnel s'impliquent chacun 2 heures auprès d'un même client. Pour une ré-évaluation, seulement une personne passe. Les ordinateurs portables ne sont pas en ligne. Il faut synchroniser après la visite. Ceci dure 24 heures et cela pose des problèmes.

Après l'évaluation, on discute avec le client de son plan de soins et on essaie de conjuguer les désirs et attentes du client avec les possibilités de l'organisation.

Au départ, l'organisation était récalcitrante face au RAI. On craignait une augmentation des coûts. C'était d'abord dans l'intérêt du coût initial de l'investissement. Finalement, l'utilisation du RAI semble mener à long terme à une baisse des coûts. On a, par exemple, besoin de moins de bureaux puisque les évaluations se passent chez les clients et on n'a pas besoin de faire une importation après coup des données au bureau. Ainsi, on économise environ $250,000 par an. Avec cette économie, on a pu engager plus de personnel où cela était nécessaire. Il s'agissait surtout d'infirmiers. On pense pouvoir fonctionner plus efficacement.

Le gros problème est que le système n'est actuellement pas mis en ligne sur le Web. Il n'a pas été adapté correctement les 10 dernières années. L'organisation a donc décidé d'investir elle-même dans un nouveau logiciel : basé sur le Web et avec une nouvelle version du RAI.

La formation initiale se fait via un manuel et via l'engagement d'un tuteur. On procède comme suit:

1. lire le(s) manuel(s) ;
2. observer les évaluations et les ré-évaluations ;
3. la première fois, faire l'évaluation soi-même et en présence du tuteur ;
4. après 3 mois, on peut travailler sans tuteur, avec un superviseur ;
5. le superviseur contrôle le travail complet pendant environ 6 mois. Si cela se passe bien, il n'y a plus qu'un échantillon prélevé de façon sporadique ;
6. 4 évaluations par an sont organisées par peer-review par le manager de soins.

Pour la formation permanente, ils organisent une journée par trimestre. Cela permet aussi aux membres du personnel de travailler en réseau entre collègues et d'échanger les expériences.

On a demandé aux médecins de vérifier si les diagnostics et les médications étaient correctement remplis. Moins de 50% le font vraiment.

4.4 Equipe Brant Fries, University of Michigan, Ann Arbor

Les membres de l'équipe ont chacun présenté leur recherche et expérience de recherche avec le RAI. Ils ont aussi montré comment le RAI est utilisé dans l'état du Michigan.

Il a été beaucoup question des fournisseurs de logiciels. Souvent, le RAI est intégré dans le pack complet d'un logiciel pour les maisons de repos. Pour les maisons de repos qui ne peuvent pas se le permettre, les Autorités prévoient un paquet gratuit appelé RAVEN. Chaque maison de repos doit envoyer électroniquement les données RAI récoltées à l'Etat, qui les transmet alors au niveau fédéral.

Hélas, on a assisté au pire de scénario pour l'implémentation : pas de concertation préalable, pas de vision véritable, pas de discussion au sujet de l'accès aux données. De ce fait, l'Etat ne peut pas utiliser les données car il n'y a pas accès. Le système est si mauvais et complexe qu'ils doivent faire appel à l'Université de Michigan.

Du fait que l'Etat du Michigan ait rendu obligatoires le HC aussi bien que LTCF, il en ressort que les comparaisons entre populations sont possibles et que des études longitudinales sont menées pour contrôler l'itinéraire des personnes et le relater dans leurs caractéristiques. Ainsi, on remarque plutôt un double emploi qu'une compatibilité : dans les résidences de soins, on a des habitants avec une charge de soins très basse et, dans les maisons de soins, on a des personnes qui ont besoin de soins complexes et lourds.

4.5 CIM – Centre for Information Management, Ann Arbor

Ce développeur de logiciels travaille depuis 1980 à un software pour RAI. Au début, il s'est surtout centré sur le MDS, et, par la suite, sur les résultats. Le système n'est toujours pas sur

le web. On a bien construit un portail pour les rapports sur internet (‘reports portal’). Sur ce portail, on peut télécharger les rapports avec les résultats.

Le CIM a conçu le logiciel pour l’utilisation du HC dans trois états: l’Arkansas, le New Jersey et le Michigan. Le système de l’Arkansas est le plus simple. On y reçoit les rapports suivants:

1. les GAD ;
2. l’évaluation (imprimé du RAI-HC) ;
3. les médicaments ;
4. le rapport des RUG (individuel): catégorie-RUG, groupe-RUG, hiérarchie AVQ, l’échelle des performances cognitives, à travers le temps via les différentes évaluations.

Le New Jersey a un système plus large avec, par exemple, des rapports démographiques (nombre de femmes, d’hommes, classes d’âge,…). Le Michigan a le système le plus élaboré. On y calcule aussi par exemple les indicateurs de qualité.

Durant cette visite, il est surtout apparu que le système BelRAI est finalement mieux conçu : il est plus flexible et offre plus de possibilités.

4.6 Fonctionnaires de l’Autorité de l’Etat du Michigan, Lansing

Durant cette visite, les différents fonctionnaires de l’Autorité ont donné des explications sur le (très complexe) système de soins au Michigan.

4.7 Glacier Hills Nursing Facility, Ann Arbor

Cette grande maison de repos et de soins a trois infirmiers à temps plein en service qui travaillent autour du RAI, et ceci pour 160 résidants dont 70 restent en permanence dans la maison. Les autres restent au maximum trois mois et retournent ensuite chez eux.

Les infirmiers RAI rencontrent les résidants dans leur chambre, complètent les données sur papier et retranscrivent ensuite sur PC. Pour pouvoir être infirmier RAI, ils doivent au moins avoir une expérience d'un an sur le terrain. Ils sont entraînés par le coordinateur RAI. A côté de ces infirmiers, il y a aussi des diététiciens, des ergothérapeutes, des animateurs, des travailleurs sociaux, … qui remplissent des MDS. L'évaluation finale est signée par chaque intéressé. Ce processus prend habituellement deux jours. Sur la base du RAI, on propose le plan de soins, puis on fait une nouvelle évaluation. Pour chaque résidant, on remplit 4 RAI par an (un complet et 3 courts).

Le logiciel a été acheté chez un vendeur commercial mais a été conseillé par le gouvernement d'Etat et est relié au serveur de l'Etat pour transmettre les données. On se plaint du coût de ce software.

Des groupes de support MDS avec les autres maisons de repos dans la région sont organisés. Il y a également un coordinateur RAI pour l'Etat ('state RAI coordinator') à qui on peut faire appel.

Conclusion

De ces visites, on retient :

1. que le RAI offre de nombreuses possibilités qu'on doit creuser au maximum ;
2. l'importance d'un bon logiciel basé sur le Net ;
3. l'importance d'une formation (continuée);
4. que calculer le coût en lien avec le RAI est très complexe, entre autres parce que des économies sont possibles.

5 Conclusion

Ce chapitre constitue un aperçu des enseignements issus du symposium RAI, du workshop et du voyage d'études réalisé dans deux pays pionniers dans l'utilisation du RAI.

Le grand intérêt manifesté pour le symposium RAI a montré que la méthode RAI intéresse les professionnels des différents secteurs de la santé et des soins en Belgique. Les orateurs

internationaux et nationaux ont fait part de l'utilité du RAI ainsi que de leurs expériences en rapport avec l'implémentation et l'utilisation des instruments et des résultats. Lors du workshop, un bon nombre de sujets ont été approfondis. Une discussion fondamentale s'est également tenue, à propos de la recherche-action.

Des expériences recueillies lors du voyage d'étude, il ressort que la méthode RAI offre bon nombre de possibilités, que l'on se doit d'exploiter pleinement. L'importance d'un logiciel web et d'une formation (permanente) ressortent clairement des interventions des experts InterRAI, ainsi que des expériences relatées par les organisations visitées. Pour clôturer, il a été insisté sur l'importance des développements et sur l'usage correct de bons outputs. D'un autre côté, il semble que le calcul, complexe, des coûts liés au RAI, est moindre, car des économies sont aussi réalisées.

Chapitre 7 : conclusions générales

Au cours du second projet BelRAI (2007-2008), les versions belges des instruments RAI HC et LTCF ainsi que leurs manuels d'utilisation ont tout d'abord (chapitre 1) été développés. En même temps, les nouveaux GAD ont été traduits et adaptés partiellement à la pratique belge. Ces adaptations ont été réalisées en tenant compte du retour d'informations des participants aux projets RAI précédent et actuel. Il ressort des intervisions que les adaptations sont accueillies positivement.

Ensuite, une application web BelRAI entièrement neuve a été développée. Les manuels d'utilisation et les nouveaux GAD y ont été intégrés sous la forme d'un site wiki, lequel peut être consulté tant via les fonctions d'aide de l'application que, directement, via un URL. Ce site est plus convivial (ceci a aussi été testé) et plus stable que sa version précédente.

Enfin (chapitre 2), un coffret pédagogique destiné à la formation et à l'entraînement au processus RAI est en cours de développement. La phase de formation des futurs utilisateurs de la démarche RAI est un des piliers d'une implantation réussie de la démarche au sein de notre pays et ne peut être négligée.
Pour développer le volet « formation » en 2007, l'équipe de recherche a fait appel à l'expertise de pédagogues, tout en s'intéressant aux recherches et aux théories en matière de psychologie sociale.

Les propositions en termes de formation à la démarche RAI sont les suivantes :

- formation de formateurs de référence RAI qui, à leur tour, formeraient des relais (selon le principe de cascade) ;
- formation au RAI sur deux jours et demi, animée par un formateur RAI de référence ;
- public-cible relais : les professionnels des secteurs de soins concernés, y compris les médecins généralistes ;
- un « coffret pédagogique » destiné aux formateurs RAI est en cours de développement. Il sera composé des éléments suivants :
    - un vidéogramme (illustrant l'ensemble de la démarche) ;

- un mémento (guide de poche à l'usage des professionnels reprenant les sections de l'instrument d'évaluation) ;
- un CD rom avec les outils d'évaluation InterRAI, les manuels d'utilisation, les guides d'analyse par domaine d'intervention, une présentation power point ;
- un outil projectif (questionnaire d'Osborn) ;
- un outil destiné à l'évaluation du formateur (hexagrille).

Une attention particulière, supérieure à ce qui était initialement prévue, a été réservée à la protection de la vie privée du client ainsi qu'à la sécurisation de l'application web (chapitre 3). Bon nombre d'adaptations ont été mises en œuvre. Ensuite, un projet de matrices, précisant qui peut faire quoi dans le processus RAI, a été développé. Ces matrices ont été élaborées à partir de bases légales régissant certaines professions et après concertation avec les participants au projet BelRAI. Elles doivent encore être approuvées par des experts juridiques. Dans le même contexte, il a été, enfin, travaillé à une intégration à e-health.

Des intervisions avec les SISD (chapitre 4), il ressort que les modes d'organisation de même que les niveaux d'inter- et pluridisciplinarité des SISD varient entre les structures néerlandophones et francophones. Ainsi, dans la partie francophone du pays, certains SISD n'avaient pas désigné de référent RAI en interne mais assumaient l'encodage des instruments d'évaluation tandis que d'autres SISD déléguaient cette tâche à un « référent ». Ce dernier était chargé de centraliser les données (recueillies auprès d'autres professionnels, voire au chevet du client), de les transmettre aux professionnels concernés et de contacter les partenaires. Dans la partie néerlandophone du pays, la pluridisciplinarité prévalait pour compléter l'instrument, selon des modalités toutefois quelque peu différentes de celles des SISD francophones. Ainsi, certains SISD néerlandophones répartissaient les items en fonction des catégories de professionnels ; les médecins traitants, étaient généralement contactés au préalable, pour compléter les sections *médicaments* et *diagnostics médicaux*.

Aucun critère précis de sélection des clients retenus pour le projet ne peut être mis en exergue. Néanmoins, la perte d'autonomie, le degré de dépendance, les besoins en soins, la complexité de la prise en charge ont souvent été décisifs dans la phase de sélection. Lors des intervisions, il a également été fait référence au cas du client nécessitant une réunion de concertation. La sélection via un instrument de screening a été suggérée.

L'infrastructure informatique dont disposent les SISD et les coordinatrices de soins sont jugées satisfaisantes. Des ordinateurs de poche sont vus comme un complément idéal.

Les adaptations apportées aux instruments d'évaluation InterRAI ont été accueillies positivement. Les GAD ont été peu calculés. Ils sont néanmoins considérés comme intéressants, voire essentiels.
Les utilisateurs ont apprécié les améliorations apportées à l'application web. Ainsi, notamment, les efforts déployés en vue de la suppression des bugs et d'une meilleure convivialité ont été salués par les utilisateurs.

Les intervenants souhaitent que les formations soient organisées par ou en partenariat avec les services. De même, ils estiment qu'elles devront être standardisées et agrémentées d'outils pédagogiques.

Les réactions des médecins traitants, variaient au nord et au sud du pays. Le frein majeur à leur participation, dans la partie francophone du pays, est le manque de garanties par rapport à la protection de la vie privée et au respect du secret professionnel. Différentes pistes ont été évoquées pour susciter leur implication dont la nécessité de prendre appui sur leurs associations et/ou groupements professionnels.

Lors des intervisions avec les MRS (chapitre 5), il ressort qu'on rencontre dans les institutions une personne chargée de centraliser l'organisation de la démarche. Le rôle du médecin traitant est variable : il peut être contacté au besoin, ou il peut compléter les items relevant de ses attributions. L'intervention du médecin coordinateur est diverse.

Aucun critère objectif de sélection des clients n'a été systématiquement appliqué. Le choix des clients s'opère sur avis des infirmiers chefs et/ou de l'équipe. Certains critères ont été cités à titre exemplatif.

Dans les institutions francophones, l'infrastructure informatique est souvent jugée insuffisante et le matériel parfois difficilement accessible ; la majorité des institutions néerlandophones précisent quant à elles qu'elles disposent d'au moins 1 PC par service.

Les GAD ont été faiblement exploités, que ce soit pour des raisons internes aux institutions (ex.: manque de temps) ou externes (fermeture du site officiel). Ils sont néanmoins considérés comme intéressants, essentiellement les GAD adaptés à la situation belge.

Les utilisateurs ont apprécié les améliorations apportées à l'application web. Elle est, selon les MRS néerlandophones, plus simple et plus conviviale. Ils soulignent également la suppression des bugs ainsi que la plus-value apportée par le site WIKI.

Le fait de pouvoir consulter l'instrument d'évaluation à distance est perçu comme un avantage. En sa nouvelle version, il est perçu, comme plus simple et plus adapté à la situation belge. Les institutions disposant déjà de dossiers informatisés précisent que ceux-ci contiennent déjà beaucoup de renseignements identiques à ceux à insérer dans l'instrument d'évaluation InterRAI ; en découle la nécessité de créer des liens entre les différents logiciels.

Lors des intervisions, les institutions ont insisté sur l'importance de pouvoir disposer des supports écrits et du matériel didactique destiné à la formation du personnel.

Différentes pistes ont été suggérées par les institutions pour susciter l'implication des médecins : l'information des associations professionnelles, la sensibilisation à la plus-value générée par le RAI, la mise en évidence des fruits de l'investissement en temps, via des résultats probants,…

Les expériences et les connaissances internationales ont été explorées durant un voyage d'étude aux Etats-Unis et au Canada ainsi que durant un symposium international et un workshop (chapitre 6). De là, paraît à nouveau évident l'intérêt d'un bon entraînement, d'une solide formation, d'une bonne application web et d'outputs satisfaisants soutenus par les personnes. En ce qui concerne le coût, il est évident qu'il s'agit d'une question très complexe à laquelle une réponse simple ne peut être fournie.

Les plus importantes réalisations de la seconde phase du projet de recherche-action sont les suivantes:

- le développement d'une nouvelle application web, qui tient compte des remarques qui ont été faites durant BelRAI I, les versions les plus récentes du RAI, les manuels annexes et les nouveaux GAD avec des lignes directrices intégrées et qui est d'utilisation plus conviviale ;
- la grande attention pour la sécurité et le respect de la vie privée, en lien avec toutes les nouvelles règles/lois et leurs applications ;
- l'effet d'une bonne collaboration avec tous les groupes professionnels concernés.

Cependant, nous avons aussi été confrontés à un certains nombre de points importants :

- il y a des différences nettes dans le niveau de participation en région francophone et néerlandophone. Ce fait est surtout lié aux différences dans la façon dont les soins sont organisés ;
- l'importance de prévoir des résultats (GAD et autres) était déjà connue mais doit encore être investiguée. Sans de bons résultats, pas de bonne participation ;
- l'importance du rôle actif dans le projet joué par toutes les parties intéressées (soignants issus des différents groupes professionnels, plateformes, organisations, …) ne doit pas être sous-estimée. Cela s'est d'ailleurs déroulé ainsi et a réussi en grande partie, mais en même temps, on a observé aussi une plus grande résistance.

Sur la base des projets de recherche-action BelRAI, un groupe de travail inter-cabinets a posé les questions suivantes:

"Avec le regard sur la généralisation d'une application du processus RAI, le groupe de travail a comme mission de recueillir l'information pertinente suivante :

1. les implications budgétaires de l'utilisation du RAI (formation du personnel, personnel et investissement en temps supplémentaire, tant pour la démarche que pour l'application du plan de soins, évaluation par les équipes pluridisciplinaires, support informatique,….) ;
2. le degré d'acceptabilité de la démarche RAI par les utilisateurs ;
3. les éléments facilitant l'implémentation de la démarche ;
4. les éléments freinant l'implémentation de la démarche ;
5. les résistances éventuelles du secteur au changement qu'implique l'utilisation du RAI ;

6. la mesure où le processus convient au contexte belge et en particulier la nécessité pour le développement d'un "BELRAI", gestionnaire du RAI et un helpdesk ;
7. le respect de la confidentialité des données, cela par rapport à e-Health, la banque carrefour des entreprises et en respectant les dispositions juridiques;
8. la validation de la plus-value sur le terrain de la démarche."

Nous allons parcourir l'état des lieux en fonction des ces huit questions.

1. Les implications budgétaires de l'utilisation du RAI (formation du personnel, personnel et investissement en temps supplémentaire, tant pour la démarche que pour l'application du plan de soins, évaluation par les équipes pluridisciplinaires, support informatique,….)

Sur cette question, on ne peut pas encore donner de réponse complète en ce moment. Il est clair que l'utilisation du RAI exige d'estimer une prévision budgétaire. Les tests ont été toutefois limités – notamment à cause de circonstances imprévues – pour pouvoir y répondre complètement. Nous pouvons donc actuellement ne faire que des estimations concernant le personnel supplémentaire nécessaire. Ceci ne peut vraiment se faire que si on teste toute la démarche RAI sur une large échelle pour tous les clients.

Il semble aussi que toutes les organisations ne disposent pas d'un nombre suffisant de PC avec connexion internet pour pouvoir travailler avec le RAI. C'est pourquoi dans un projet ultérieur, on examinera dans quelle mesure les secteurs concernés (dans leur entièreté) sont informatisés et quels investissements sont nécessaires sur ce plan.

2. Le degré d'acceptabilité de la démarche RAI par les utilisateurs
3. Les éléments facilitant l'implémentation de la démarche
4. Les éléments freinant l'implémentation de la démarche
5. Les résistances éventuelles du secteur au changement qu'implique l'utilisation du RAI

Ces questions ont été étudiées dans les deux projets de recherche-action RAI. Il semble en ressortir clairement que le RAI est acceptable moyennant un certain nombre de conditions à remplir. Ces conditions concernent:

- une application web performante. Ce qui est maintenant le cas. Dans l'avenir, il faudra encore travailler la convivialité de l'utilisation de cette application et les développements futurs, à-travers l'ajout d'autres résultats et de statistiques à un niveau micro, méso et macro;
- les versions belges des instruments et les GAD. Les instruments sont maintenant adaptés à la situation locale. Une partie des GAD a aussi été adaptée à la situation belge. Ce travail doit être poursuivi.
- financement complet (voir supra). C'est encore un point de travail important à traiter.
- le rôle actif de tout qui joue un rôle dans le processus RAI. Cette condition sera remplie via différentes voies: le site-Wiki, l'organisation d'une concertation avec les groupes professionnels concernés, le comité d'accompagnement, l'organisation du symposium en février, … Ces efforts devraient être faits dans l'avenir, aussi par le développement par exemple des indicateurs de qualité et les statistiques.
- éviter et résoudre les problèmes liés à la redondance avec les autres échelles et instruments. Un travail se poursuit sur ce point.

6. Le degré d'adéquation de la démarche au contexte belge et, notamment, la nécessité de création d'un « BelRAI », gestionnaire d'utilisation du RAI et d'un helpdesk.

Cette condition est en grande partie remplie. Les instruments sont actualisés et adaptés à la situation belge. L'application web BelRAI complètement revue, a fait l'objet d'une très bonne étude d'« utilisabilité » et est assez flexible pour être adaptée et pour introduire et contenir de nouveaux instruments.

A travers la gestion du RAI, la formation permanente et le développement d'une permanence « helpdesk » devra être envisagée ultérieurement.

7. Le respect de la confidentialité des données et ce, en lien avec e-Health, la banque carrefour des entreprises et le respect des dispositions juridiques afférentes.

Ce point a aussi fait l'objet de beaucoup d'attention cette année. La sécurité de l'application web a été bien construite et documentée, et l'intégration dans (B)e-health est en cours.

Il sera cependant nécessaire de confier le contrôle juridique de toutes les nouvelles étapes à des juristes spécialisés.

9. *La validation de la plus-value de la démarche sur le terrain*

C'est déjà en partie le cas (voir les intervisions). Cela peut être travaillé avec les personnes de terrain. Des apports futurs et la validation des résultats sont aussi à envisager avec eux.